

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE NUTRICIÓN

**Prevalencia de riesgo de trastornos [i.e. trastornos] de
la alimentación, y hábitos alimentarios en adolescentes
mujeres de 15 a 19 años ingresantes a la U.N.M.S.M. en
el año 2004**

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Nutrición

AUTORA

Sofía Uesu Toyohama

Lima – Perú

2007

A

MARITA

“ESPERANZA”
“...Señor, haz que comprenda
profundamente que
a pesar del caos de cosas que me rodea,
a pesar de las noches que atravieso,
a pesar del cansancio de mis días,
mi futuro está en tus manos
y que la tierra que me muestra en
el horizonte de mi mañana
será más bella y mejor...”

Marita (Q.E.P.D.)

AGRADECIMIENTO A:

LA MAGNA PRESENCIA Y MAESTROS ASCENDIDOS

Las alumnas ingresantes a la U.N.M.S.M. en el año 2004 que participaron en el estudio.

Mg. Sc Nutrición.Ivonne Bernui Leo, un agradecimiento muy profundo, asesora de tesis y gran amiga, consejera y conocedora de todo el proceso de “gestación” del trabajo, sus altas y bajas.

Dr. Psicología Luis Vicuña Peri, asesor, excelente maestro y amigo, conocedor desde hace años de mi interés en investigar sobre temas relacionados con la Nutrición y la Psicología.

Lic. Psicología Joan Hartley, quien me facilitó y orientó en el uso del Inventario sobre Transtornos Alimentarios.

Lic. Nutrición Ivan Carvajal por facilitarme su instrumento: Frecuencia Semicuantitativa de Consumo de Alimentos y orientarme al respecto.

Lic. Nutrición Manolo Quispe, por toda la orientación y facilidades para desarrollar las pruebas piloto en su centro de labores.

Licenciadas de Nutrición Cecilia Torres Zúñiga, y Andrea Ludeña, por su colaboración en la pruebas pilotos.

Lic. Maribel Reyna Casas – Nutricionista del Programa de Transtornos de la Alimentación en Adultos del IESM Honorio Delgado – Hideyo Noguchi por su gran asistencia durante mi stage en el Hospital.

Dr. Psiquiatría Rolando Pomalima – Director del Programa de Transtornos de la Alimentación en Niños y Adolescentes del IESM Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, quien me dio orientaciones para la realización del protocolo de investigación, así como por la oportunidad de realizar un stage dentro de su Programa.

Lic. Nutrición Maribel Soplin Tello por orientarme cuando recién armaba mi protocolo de investigación.

Dr. Odontología Elio Gleiser Boiko – Director del Servicio Dental de la Clínica Javier Prado, por su apoyo constante y por la invitación a su programa de televisión para hablar sobre el tema.

Muchas gracias a aquellos amigos y profesores por sus consejos, el aliento y estímulo a seguir adelante con el estudio desde que lo inicié.

A mi madre quien se encuentra espiritualmente en vida por su ejemplo de coraje, trabajo y perseverancia ante la adversidad; a mi padre y hermanas por su paciencia y apoyo total.

INDICE GENERAL

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Índice general.....	iii
Índice de tablas.....	iv
Índice de gráficos.....	v
Resumen.....	vi
 I. Introducción	
1.1.Planteamiento del problema.....	1
1.2. Justificación.....	3
1.3. Marco Teórico.....	3
1.4.Definición de términos.....	4
II. Objetivos.....	11
III. Metodología.....	12
3.1. Tipo de estudio	
3.2. Universo y muestra	
3.2.1. Población	
3.2.2. Criterios de exclusión	
3.2.3. Muestra	
3.3. Variables.....	13
3.3.1. Definición operativa de Riesgo de Transtornos de la Conducta Alimentaria	
3.4 Dimensiones de las variables	
3.4.1. Riesgo de Transtornos de la Conducta Alimentaria...	16
- Estado nutricional	
- Distorsión de imagen corporal	
- Preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo	
- Pérdida de peso por dieta	
- Métodos de eliminación de ingesta	
- Episodios de atracón alimentario	
- Métodos socialmente aceptados para el control del peso corporal	
- Amenorrea por causa dietética	
3.4.2. Hábitos alimentarios.....	20
- Alimentos más consumidos y menos consumidos	
- Forma de consumo de alimentos	
- Tomas de comida	
- Acompañamiento durante las comidas	

3.5.	Técnicas e instrumentos.....	21
3.5.1.	Técnicas	
	- Antropométrica.	
	- Dietética	
	- Psicológica	
3.5.2.	Instrumentos	
	- Inventario sobre trastornos alimentarios	
	- Cuestionario sobre hábitos alimentarios, amenorrea y actividad física	
	- Evaluación antropométrica	
	- Frecuencia semicuantitativa de consumo de alimento de los últimos cuatro meses	
3.6.	Plan de procedimientos para la recolección de datos.....	24
3.6.	Plan de tabulación y análisis.....	24
IV.	Resultados	
Muestra		25
Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria.....		25
Preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo.		27
Métodos de eliminación de ingesta.....		27
Episodios de atracones alimentarios.....		28
Métodos socialmente aceptados para el control de peso corporal.....		28
Antropometría.....		29
Distorsión de la imagen corporal.....		30
Amenorrea por causa dietética.....		30
Realización de Dietas.....		30
Tipos de Dietas.....		31
Alimentos más y menos consumidos.....		31
Forma de consumo de alimentos.....		32
Comidas principales.....		34
Compañía durante las comidas.....		34
V.	Discusión.....	35
VI.	Conclusiones.....	41
VII.	Recomendaciones.....	42
VIII.	Bibliografía.....	43
IX.	Anexos.....	47

INDICE DE TABLAS

PAG.

Tabla Nro. 1. Muestra de mujeres adolescentes de 15 a 19 años ingresantes a la U.N.M.S.M. distribuidas en áreas académicas y facultades.....	13
Tabla Nro. 2. Variables del estudio, sus dimensiones, indicadores y puntos de corte.	14
Tabla Nro. 3. Inventario sobre Transtornos Alimentarios. Conversión de puntajes directos a categorías y grados escalares en adolescentes.....	16
Tabla Nro. 4. Diagnóstico nutricional mediante el Índice de Masa Corporal.....	19
Tabla Nro. 5. Estado Nutricional y Percepción de Imagen Corporal en Mujeres adolescentes ingresantes a la U.N.M.S.M. en el año 2004.....	20
Tabla Nro. 6. Mujeres adolescentes ingresantes agrupadas por edades y áreas profesionales.....	25
Tabla Nro. 7. Mujeres adolescentes ingresantes a la U.N.M.S.M. en el año 2004 con riesgo de TCA (n=4).....	26
Tabla Nro. 8. Intensidad de la práctica de actividad física en mujeres adolescentes sin Riesgo de 15 a 19 años ingresantes a la UNMSM en el año 2004.....	29
Tabla Nro. 9. Estado Nutricional de mujeres adolescentes ingresantes a la U.N.M.S.M. en el año 2004 agrupadas por áreas profesionales.....	30
Tabla Nro. 10. Frecuencia de la Distorsión de Imagen Corporal según el Estado Nutricional en adolescentes ingresantes a la U.N.M.S.M. 2004.....	31
Tabla Nro. 11. Tipos de dieta realizadas por las mujeres adolescentes sin riesgo de 15 a 19 años ingresantes a la UNMSM en el año 2004.....	32
Tabla Nro. 12. Percepción de la Imagen Corporal vs. Estado Nutricional de las Alumnas que hacen dieta. Adolescentes ingresantes a la UNMSM. 2004.....	33
Tabla Nro. 13. Alimentos más consumidos y menos consumidos por las adolescentes con riesgo y sin riesgo.....	33
Tabla Nro. 14. Alimentos más consumidos y menos consumidos por las adolescentes Sin riesgo.....	34
Tabla Nro. 15. Forma de preparación de alimentos en mujeres adolescentes de 15 a 19 Años ingresantes a la UNMSM en el año 2004.....	35
Tabla Nro. 16. Consumo de las tomas de alimentos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años ingresantes a la UNMSM en el año 2004.....	36

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico Nro. 1. Clasificación de las adolescentes según las categorías de riesgo de TCA. UNMSM. 2004.....	26
Gráfico Nro. 2. Preocupación exacerbada por el la comida, peso y el cuerpo en alumnas sin riesgo de TCA de 15 a 19 años ingresantes a la UNMSM en el año 2004.....	27
Gráfico Nro. 3. Estado nutricional de las adolescentes ingresantes a la U.N.M.S.M. en el año 2004.....	29

RESUMEN.

OBJETIVOS. Identificar la prevalencia de riesgo de trastornos de la alimentación y examinar los hábitos alimentarios en mujeres adolescentes ingresantes a la U.N.M.S.M. en el año 2004. **MATERIALES Y MÉTODOS** Estudio descriptivo, observacional, transversal y ambispectivo. Se evaluaron 173 mujeres adolescentes entre 15 y 19 años ingresantes matriculadas el año 2004, seleccionadas mediante muestreo aleatorio y estratificado, aplicándoles el Inventario sobre Trastornos Alimentarios, el Cuestionario sobre Hábitos Alimentarios, Amenorrea y Actividad Física, una Evaluación Antropométrica, y la Frecuencia Semicuantitativa de Consumo de Alimentos del último mes. **RESULTADOS.** Un 2.3% de (n=4) de alumnas tuvieron riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA): una de ellas, con riesgo de anorexia nerviosa, una con bulimia, y dos con trastornos de la conducta alimentaria no especificados. El 75% del total de alumnas presentó un estado nutricional normal, 17% sobrepeso, 6% desnutrición y 2%, obesidad. El 46,2% presentó distorsión de imagen corporal. Todas las alumnas con riesgo y 9% de aquellas sin riesgo tuvieron una preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo. Dos alumnas del grupo de riesgo presentó altos puntajes en el rubro episodios de atracones, siendo bajos los puntajes en el no riesgo. Todas las alumnas del grupo de riesgo hicieron dieta, frente al 21% del grupo opuesto. **CONCLUSIONES** El 2,3% de alumnas tuvieron riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. La muestra en general posee un estado nutricional normal, con un porcentaje elevado de distorsión de la imagen corporal, y sobrevaloración del peso. La mayoría de las personas que realizaron dieta, tuvieron un estado nutricional normal, de las cuales, aproximadamente la mitad presentaron distorsión de la imagen corporal. La preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo y los episodios de atracones, fueron característicos en las adolescentes con riesgo. Todas las adolescentes, excepto dos que se sometieron a regímenes de control de peso lo hicieron sin previa prescripción dietética. A excepción de la alumna con riesgo de anorexia nerviosa, es difícil deslindar un hábito alimentario de una adolescente con riesgo de TCA de aquel característico de la adolescencia.

Palabras claves: Riesgo de trastornos de la alimentación, conducta alimentaria, hábitos alimentarios.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To identify the prevalence of the risk of eating disorders in freshman adolescent girls of San Marcos University in 2004. **MATERIAL AND METHODS:** Descriptive, observational, cross sectional and ambispective research. Its been assessed 173 adolescent girls between 15 and 19 years old registered in 2004, selected by stratified and random sample. It was administered The Eating Disorders Inventory, Health, Amenorrhea and Food Habits Questionnaire, Anthropometric assessment, and the Food Consumption Semiquantitative Frequency. **RESULTS** 2.3% of the cases were in risk of food eating disorders. One of them were in risk of anorexia nervosa, another was in bulimia risk, and the last had non specific eating disorders. 75% of the teenagers had a normal weight, 17% excess weight, 6% malnutrition and 2%, obesity. 46,2% had body image distortion. All of the students with risk had an exacerbated worry about food, weight and body, opposite 9% without risk. Two students from the risk group had high scores in binge eating episodes. Non risk group had low scores. All risk group did diet, opposite 21% with non risk group. **CONCLUSIONS:** There were 2,3% of risk university students. Common population has a healthy weight values, with a high percent of body image distortion and upvaluted weight. Most of people who did diet, had a normal weight, which a half had a body image distortion. Exacerbated worry about food, weight and body and binge eating episodes were risk adolescents characteristics. All teenagers, except two, did diet without diet prescription. With the exception of the anorexia nervosa risk student, it's difficult to differentiate food habits between teenagers with risk and without it. We can corroborate in practice some characteristic aspects of people with eating disorders concern about eating behaviour.

KEYWORDS Eating disorders risk, food behaviour, food habits

I. INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los Transtornos de la Conducta Alimentaria (TCA) figuran entre los problemas de salud crónicos en adolescentes, con una alta letalidad entre los trastornos psiquiátricos. En esta etapa de la vida existe una mayor vulnerabilidad de las jóvenes a desarrollar este tipo de patologías, originados por la presión social sobre su propia apariencia (1).

Los TCA son enfermedades emergentes que están despertando un gran interés en los últimos años en medios sanitarios y sociales. Estas patologías se caracterizan por una alteración grave de la conducta alimentaria (1). El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), considera dentro de esta patología a la Anorexia Nerviosa o Nervosa, la Bulimia Nerviosa o Nervosa y un grupo denominado “No especificado” (1). La Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10), incluye un trastorno más: la obesidad relacionada con alteraciones psicológicas (2).

Más del 90% de los casos se observa en mujeres (1), siendo más frecuente en aquellas involucradas en actividades donde el cuidado del cuerpo es importante: modelaje, ballet, gimnasia rítmica, entre otros (3).

La literatura señala que la edad de instauración de estos trastornos se ubica entre los 14 y 18 años (4). Son relativamente frecuentes entre las adolescentes mayores (5).

La prevalencia de anorexia nerviosa en adolescentes y adultas jóvenes en Estados Unidos es del 0.5 al 1% (3). La bulimia tiene un porcentaje de prevalencia del 1 a 3% en adolescentes (3), aunque estudios en europeas revelan cifras del 4 al 5% (6). En la última década, la frecuencia ha aumentado en muchachas de 10 a 19 años (7).

Los datos sobre trastornos de la alimentación varían en Latinoamérica y el Caribe. Un estudio realizado en la Universidad de Buenos Aires, Argentina en mujeres de 18 a 25 años, reveló que el 13% presentaba algún tipo de trastorno de la alimentación (8). Otro estudio efectuado en el mismo país, indicó que el 47% de las adolescentes temían aumentar de peso, el 37%

no estaban satisfechas con su figura y el 37% se preocupaban por la posibilidad de aumentar de peso (8).

En el Perú, un estudio epidemiológico realizado en adolescentes de Lima Metropolitana y el Callao, revela una prevalencia de anorexia nerviosa del 0,1%, bulimia nerviosa, 0,8%, conductas bulímicas –haber tenido por lo menos dos crisis bulímicas por semana en los últimos 3 meses- 3,8%, y tendencia a problemas alimentarios – inducción al vómito, toma de laxantes, realización de ejercicios excesivos por más de dos horas diarias, o la ingesta de supresores del apetito, o diuréticos- 8,3% con la finalidad de perder peso (9).

La prevalencia de la población adolescente de la selva peruana (Iquitos, Tarapoto y Pucallpa) en el año 2004 es de 0,1% para la anorexia y bulimia nerviosa, respectivamente, un 4,5% para las conductas bulímicas y un 5,1% para aquellos con tendencia a problemas alimentarios (10). Un estudio realizado en Ayacucho en el año 2003 revela una prevalencia de bulimia de 0,4% en adolescentes, 5,7% para aquellos con conductas bulímicas, y un 6,1% con tendencia a problemas alimentarios (11).

En un estudio en 96 anoréxicas nerviosas, el 40% presentaban peculiaridades en las preferencias alimentarias y aversiones específicas por alimentos o grupos, como: evitar carnes, dulces y entrecomidas, grasas (mantequilla, aliños de ensalada y mayonesa), aunque preferían los dulces y entrecomidas (12).

Se suele acudir a los centros de atención en estados avanzados de enfermedad con compromiso severo del estado físico (13). En el año 2000 según el Ministerio de Salud, el número de consultas externas por trastornos de conducta alimentaria a nivel nacional de adolescentes peruanas de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, ascienden a 165 y 245 respectivamente (14).

El problema planteado es: **¿Cuál es la prevalencia de riesgo de trastornos de la alimentación, y hábitos alimentarios en adolescentes mujeres de 15 a 19 años ingresantes a la U.N.M.S.M. en el año 2004?**

1.2. JUSTIFICACIÓN

En nuestro país existe un escaso conocimiento del diagnóstico y tratamiento por desconocimiento de la prevalencia de la enfermedad, motivo por el cual es indispensable el impulso de la investigación en este campo.

Es importante el diagnóstico precoz de los TCA del adolescente, porque la intervención temprana mejora el pronóstico (15). El diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, no sólo se limita al campo psiquiátrico, el conocimiento del perfil de alimentación es importante, dado que revela los comportamientos y hábitos señalizadores de la enfermedad.

1.3. MARCO TEÓRICO

La prevalencia de riesgo de padecer de algún trastorno de conducta alimentaria fue de un 15,3% en mujeres adolescentes escolarizadas de la comunidad de Madrid, España (16), cifra similar a las obtenidas en un estudio en mujeres entre 13 y 21 años, realizado en Toronto, Canadá (17).

En un estudio de prevalencia de posibles trastornos de conducta alimentaria realizada en la ciudad de Girona, España en mujeres adolescentes estudiantes de secundaria de la ciudad de Girona, con edades comprendidas entre los 14 y 19 años de edad, un 16,3% de las mujeres adolescentes presentan riesgo potencial de TCA (18).

Cuatrocientos ochenta y dos estudiantes universitarios españoles (varones y mujeres) del primer año de estudios fueron evaluados, encontrándose una prevalencia de 6,4% de casos de trastornos de la conducta alimentaria (19).

Los resultados de un estudio realizado en universitarias brasileñas (114 de la Escuela de Nutrición y 107 de otras especialidades) indicaron que el 22.17% de las estudiantes presentaban riesgo de desarrollar un trastorno alimentario (20).

En una evaluación psicológica realizada por Hartley en 261 alumnas escolares de colegios de clase "A" como estatales de Lima, a través de una evaluación del estado nutricional por antropometría y una encuesta psicológica, la mayor parte de ellas estaba insatisfecha con su imagen corporal, padecían de trastornos alimentarios intermedios que no eran

advertidos por sus padres, con una preocupación exagerada en el control de la cantidad de comida (21).

Binsbergen et al (1988), analizaron las preferencias y aversiones alimentarias de mujeres anoréxicas, quienes tenían una mayor aversión por los alimentos dulces, tendiendo a una menor preferencia por los alimentos fuentes de carbohidratos y grasas (22).

En un estudio sobre hábitos y comportamiento alimentario en un colegio privado de Sao Paulo, Brasil, se encontró que los hábitos alimentarios de las alumnas con factor de riesgo de anorexia nerviosa, eran diferentes de aquellas sin síntomas, con el predominio de alimentos más saludables e hipocalóricos (23).

1.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Transtornos de la Conducta Alimentaria.

La American Psychiatric Association a través del DSM-IV (1) y la CIE-10 (2) la define de la siguiente manera:

Anorexia Nerviosa

Caracterizado por (1,2):

- a. Rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal considerando la edad y la talla (85%) o pérdida significativa de peso inducida por el propio enfermo (Índice de Masa Corporal o de Quetelet de menos de 17.5 Kg./m^2 ,
- b. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c. Distorsión de la imagen corporal
- d. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

La DSM-IV contempla dos tipos de anorexia nerviosa:

- Restrictivo: no recurre regularmente a atracones o a purgas
- Compulsivo/purgativo: el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p.ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Bulimia Nerviosa

Se caracteriza por:

- a. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, presentándose atracones recurrentes (ingesta en corto tiempo de grandes cantidades de comida con sensación de pérdida de control sobre la ingesta (2)
- b. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso. (1,2)
- c. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.(1)
- d. Preocupación exacerbada por el peso y la silueta corporales(1)
- e. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa (1)

Subtipos de Bulimia Nerviosa:

- Purgativo: provocación de vómitos o uso de laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- No Purgativo: empleo de otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Transtorno de la Conducta Alimentaria no Especificado .- Transtornos que no cumplen todos los criterios de anorexia o bulimia (1).

La CIE-10 los denomina según el caso: Anorexia o Bulimia Nerviosa Atípica (2).

Conducta Alimentaria

Relación de intercambio con la que el sujeto consigue los elementos que necesita su organismo para sostener la estructura biológica y mantener las necesidades energéticas. Dicha conducta es el resultado de la manifestación en ella de normas sociales de alimentación, de jerarquización, preceptos religiosos que tienen trayectoria colectiva y de hacer explícita la función y experiencia psicológica individual. Así la conducta reúne las manifestaciones conscientes e inconscientes. La conducta alimentaria no es

sólo el acto reflejo de evitar la aparición de la sensación de hambre, sino que tiene su significación propia donde se ven involucrados experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones y necesidades entre otros (24).

Son formas de conducta alimentaria (7):

- Las aversiones a los alimentos: se dirigen a aquellos que son densos en energía con un alto contenido de grasa, como por ejemplo: las carnes rojas, los productos horneados, postres, grasas añadidas y frituras.
- Los alimentos “seguros” Los pacientes con TCA a menudo consideran alimentos específicos o grupos de alimentos como absolutamente “buenos”, o absolutamente “malos” para ellos.
- Los alimentos que desencadenan excesos.
- Las ideas sobre cantidades apropiadas de alimentos
- Las conductas ritualistas: ingestión de un alimento de una manera atípica
- Combinaciones raras de alimentos o el empleo excesivo de condimento, vinagre o jugo de limón.
- Uso atípico de utensilios

Por ejemplo, existe una modificación de la forma de comer, ingiriendo pequeñas porciones que mastican muy lentamente. Tendencia a dejar comida que intentan disimular bajo restos de alimentos y cubiertos.

Hábitos alimentarios

Se define como las elecciones efectuadas por individuos o grupos de individuos como respuesta a las presiones sociales y culturales para seleccionar, preparar y consumir una fracción de los recursos alimentarios posibles (25).

Con mayor detalle, los hábitos alimentarios se pueden relacionar con el número de comidas al día, sus horarios, los alimentos que se consumen, los aspectos emocionales, sensoriales (sabor, olor, textura) con los cuales se vinculan, los tabúes, los acompañantes, los hábitos de compra y almacenamiento, entre otros aspectos (25).

Un hábito es saludable si se cumplen los siguientes requisitos:

- Respeto de los tiempos de comida (desayuno, almuerzo y cena)
- Consumo adecuado en cuanto a calidad y cantidad de alimentos, cubriendo los requerimientos nutricionales.

Son manifestaciones de hábitos (7):

- Patrones de consumo:
 - . Número de comidas y refrigerios,
 - . Horas del día en que se consumen las comidas y los refrigerios.
 - . La duración de las comidas (comen con gran rapidez o excesivamente lento, jugando con el alimento).
 - . El ambiente en torno a las comidas (dónde y con quién), cómo se consumen en posición sentada o de pie.
- Forma de consumo de los alimentos: horneado, sancochado (sin aderezo alguno), frito, guisado (aderezado), crudo sin aliños (crudo sin agregado alguno tales como: pimienta, aceite, limón, sal, vinagre, etc.) y crudos con aliño.
- La omisión de grupos alimentarios específicos.
- Variedad de alimentos consumidos.
- Consumo de líquido restringido o excesivo.

Pérdida de peso por dieta

Para efectos del presente estudio, una pérdida de peso por dieta mayor o igual a 5 kilos por vez, será considerado como no saludable.

Métodos de Eliminación de Ingesta

Para objeto de este estudio se definirá como conductas compensatorias inadecuadas con el fin de mantener o reducir el peso corporal, como:

- Consumo de fármacos, hierbas medicinales (anorexígenos, vomitivos, laxantes, pastillas para adelgazar)
- Fumar cigarrillos para evitar comer
- Purgaciones (inducción al vómito por métodos mecánicos, empleo de laxantes, vomitivos)

Métodos Socialmente Aceptados de Control de Peso

Para fines de esta investigación se definirán como aquellas actividades socialmente aceptables de conservación o eliminación de peso corporal, tales como: la realización de dietas, el empleo de alimentos diuréticos (piña,

uvas, etc), consumo de líquidos en exceso, la ejecución de ejercicios y la aplicación de masajes adelgazantes.

Distorsión de la Imagen Corporal

Psicopatología específica caracterizada por la alteración de la percepción del peso o la silueta corporales. (1)

Alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo
(1)

Se define también como el menor o mayor alejamiento concreto del peso imaginario con respecto al peso reportado por el sujeto.

Se caracteriza por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal (2)

Amenorrea por causa dietética

Interrupción de la menstruación debida a malnutrición, inanición o por mantenerse a dieta de forma voluntaria y exagerada. Existe un compromiso del eje neurohormonal sexual (2).

Preocupación Exacerbada por la Comida, el Peso y el Cuerpo

Se definirá como la persistencia con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor, ansiedad y sentimientos de culpa ante la gordura o la flacidez de las formas corporales.

Episodios de Atracón Alimentario

Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias, con la sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (2).

Actividad Física

Se entiende por actividad física cualquier movimiento del cuerpo que aumenta el gasto de energía sobre el nivel de reposo. El ejercicio es una

subcategoría de la actividad física. Se trata de una actividad planeada, estructurada, con movimientos corporales respectivos (26)

Alimentos más Consumidos y Menos Consumidos

En las anoréxicas (27):

- Se autoprohíben alimentos como: aceite, huevos u otros “engordantes”
- Eliminan de su dieta las carnes rojas y luego, el resto.
- Beben abundante cantidad de líquido, agua, infusiones
- Consumo de edulcorantes
- Seleccionan alimentos dietéticos, principalmente lácteos y quesos
- Consumo de alimentos derivados de la soya (ensaladas, milanesas, quesos, leche)
- Entre los vegetales y frutas, eligen las frutas menos dulces, como la manzana o cítricos, limón , lima, naranjas y en cuanto al color, las verdes o naranjas.
- Seleccionan vegetales de hoja, zapallo (calabaza) y zanahoria.

En las bulímicas (27):

- Ingieren grandes cantidades de alimentos, mezclando sabores, las que varían entre 1500 y 7000 Kcal. por vez.
- Lo hacen en un corto periodo de tiempo sin saborearlos.

Forma de Consumo de Alimentos

En la anorexia nerviosa (27):

- Los alimentos suelen ser poco elaboradas, sin condimento (aliño), seleccionando alimentos con poco sabor propio.

En la bulimia nerviosa (27)

- Ingieren alimentos en las distintas formas de preparación, inclusive, aquellos que deben ser sometidos a cocción, en forma cruda o semicongelados.

Comidas Principales (27)

En la anorexia nerviosa:

- Buscan espaciar los horarios

En la bulimia nerviosa:

- Se acortan los espacios entre ingesta e ingesta.

Compañía durante las comidas

- En la bulimia y anorexia nerviosa, eligen comer solas para evitar las críticas de los familiares sobre su alimentación (27).
- Permanecen un tiempo fuera de lo normal frente al plato (27)
- La persona bulímica busca comer a escondidas (27).

Dieta

Sinónimo de regimen, método o modelo alimenticio. Se emplea asimismo como esquema de alimentación restrictiva o modificada utilizada en el tratamiento de diferentes estados (como obesidad) o de alguna enfermedad (28).

Todo regimen dietético que provea regularmente un aporte calórico inferior a los requerimientos medios orgánicos que tiene que forzar necesariamente a la utilización de las reservas energéticas para cubrir las necesidades nutritivas (28).

Este tipo de dietas deben combinar tanto la reducción calórica como el aporte de todas aquellas sustancias nutritivas indispensables para el normal funcionamiento orgánico, de tal forma que sea compatible la reducción de peso corporal con un óptimo estado de salud (28).

Las distintas dietas hipocalóricas tienen en común el que la reducción básica se hace a expensas de los alimentos de mayor valor calórico por unidad de peso, como son los carbohidratos y las grasas (28).

Existen infinidad de esquemas dietéticos para llevar a la práctica estos regímenes hipocalóricos, dentro de los cuales existen todas las extravagancias posibles de imaginación, bajo la forma de prohibir o recomendar determinados tipos de alimentos acompañados de propagandas sensorialistas encaminadas a resaltar supuestas virtudes de los distintos regímenes de moda (28).

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la prevalencia de riesgo de trastornos de la alimentación y examinar los hábitos alimentarios en mujeres adolescentes ingresantes a la U. N. M. S. M. en el año 2004.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el estado nutricional en mujeres adolescentes..
2. Evaluar la percepción de imagen corporal en mujeres adolescentes ingresantes a la U.N.M.S.M. en el año 2004.
3. Examinar los hábitos alimentarios en mujeres adolescentes.
4. Examinar la conducta alimentaria en mujeres adolescentes ingresantes.
5. Detectar el empleo de métodos de eliminación de ingesta y métodos socialmente aceptados para el control de peso corporal en mujeres adolescentes.
6. Investigar la presencia de amenorrea por causa dietética en mujeres adolescentes.

III. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Fue descriptivo, observacional, transversal, y ambispectivo.

3.2. UNIVERSO Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población de estudio estuvo conformada por 1467 mujeres ingresantes en el año 2004 a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos matriculadas, entre 15 y 19 años.

3.2.2. CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Mujeres adolescentes ingresantes en estado de gestación o lactancia.

3.2.3. MUESTREO

El muestreo fue del tipo probabilístico, aleatorio sistemático y estratificado proporcional por escuelas académico-profesionales usando como marco muestral el listado de total de alumnos ingresantes proporcionado por la Oficina General de Admisión.

El tamaño muestral se calculó aplicando la fórmula adecuada para poblaciones finitas, caso de proporciones, con el paquete estadístico Statcalc del programa EPIINFO 2002, considerándose un error de 5% y un 95% de confianza.

$$n = N z^2 p q / (d^2 (N-1) + z^2 p q)$$

donde:

N	Tamaño de muestra
N	Población
z^2	Nivel de Confianza, 1.96
P	Prevalencia
Q	1-p
d^2	Precisión o Máximo Error Posible

La muestra calculada fue de 174, al cual se le agregó un número de 17 en prevención a las alumnas que no se hayan matriculado en el año, haciendo un total de 191 mujeres adolescentes, que distribuyéndose de modo

proporcional al número de mujeres adolescentes integrantes de cada Área y Facultad de estudios (Tabla 1)

Tabla Nro. 1. Muestra de mujeres adolescentes de 15 a 19 años ingresantes a la U.N.M.S.M. distribuidas en áreas académicas y facultades.2004.

Area	Facultad	N
Ciencias de la Salud	Medicina Humana	22
	Farmacia y Bioquímica	5
	Odontología	3
	Medicina Veterinaria	4
	Psicología	8
Humanidades	Derecho y Ciencias Políticas	15
	Letras y Ciencias Humanas	15
	Educación	12
	Ciencias Sociales	12
Ciencias Básicas	Química	3
	Ciencias Biológicas	7
	Ciencias Físicas	3
	Ciencias Matemáticas	10
Ingenierías	Ing. Geológica, Minera, Metalúrgica y Geográfica	2
	Ingeniería Industrial	6
	Ing. Electrónica y Eléctrica	2
	Ingeniería de Sistemas e Informática	5
	Ingeniería Química	4
Ciencias Empresariales	Ciencias Administrativas	26
	Ciencias Contables	14
	Ciencias Económicas	13
TOTAL		191

3.3. VARIABLES

- Riesgo de Transtornos de la Conducta Alimentaria
- Hábitos alimentarios

Tabla Nro.2. Variables del estudio, sus dimensiones, indicadores y puntos de corte

VARIABLE	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	PUNTOS DE CORTE
RIESGO DE TCA		Cuantitativa	Sí No	Puntaje ≥ 139 en el Inventario sobre Transtornos Alimentarios Más características p. 15-16
	1. PREOCUPACIÓN EXACERBADA POR LA COMIDA, EL PESO Y EL CUERPO	Cuantitativa	Sí No	Puntaje total ≥ 47 al responder los ítems #6, 5, 22, 15, 2, 9, 7, 16, 19, 12, 11, 1, 23 en el Inventario sobre Transtornos Alimentarios
	2. MÉTODOS DE ELIMINACIÓN DE INGESTA	Cuantitativa	Sí No	Puntaje ≥ 19 al responder los ítems 18, 4, 26, 3, 13 en el Inventario sobre Transtornos Alimentarios
	3. EPISODIOS DE ATRACÓN ALIMENTARIO	Cuantitativa	Sí No	Puntaje total ≥ 19 al responder los ítems #14, 17, 32, 36, 21 en el Inventario sobre Transtornos Alimentarios
	4. MÉTODOS ACEPTADOS PARA EL CONTROL DE PESO CORPORAL	Cuantitativa	Sí No	Puntaje ≥ 19 al responder los ítems 20, 37, 30, 34, 35 en el Inventario sobre Transtornos Alimentarios
	4.1. ACTIVIDAD FÍSICA	Cualitativa	- Baja actividad - Poco activo ligero - Poco activo regular - Activo - Activo intenso	Ver página 18.
	4.2. REALIZACIÓN DE DIETAS	Cualitativa	Sí No	Respuesta afirmativa en el ítem Nro. del Cuestionario sobre hábitos alimentarios, amenorrea y actividad física.
	5. ESTADO NUTRICIONAL	Cuantitativa	Desnutr. Muy severa Desnutrición severa Desnutrición moderada Desnutrición leve Normal Sobrepeso Obesidad grado I	IMC < 15 IMC 15-15.9 IMC 16-16.9 IMC 17-18.4 IMC 18.5-24.9 IMC 25-29.9 IMC 30-34.5
	6. DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	Cuantitativa	Sí No	No coincide el IMC con la autopercepción corporal o rpta. muchas veces, frecuentemente
	7. AMENORREA POR CAUSA DIETÉTICA	Cualitativa	Sí No	Respuesta afirmativa a la pregunta Nro. Del Cuestionario sobre hábitos alimentarios, amenorrea y actividad física.
HÁBITOS ALIMENTARIOS	8. PÉRDIDA DE PESO POR DIETA	Cuantitativa	Sí No	≥ 5 Kg. Por dieta < 5 Kg. Por dieta
	1. TIPOS DE DIETAS	Cualitativa		Ver Cuestionario sobre hábitos alimentarios, amenorrea y actividad física.
	2. ALIMENTOS MÁS Y MENOS CONSUMIDOS	Cualitativa		Ver Frecuencia semicuantitativa de consumo de alimentos
	3. FORMA DE CONSUMO	Cualitativa		Ver Cuestionario sobre hábitos alimentarios, amenorrea y actividad física.
	4. COMIDAS PRINCIPALES	Cualitativa		Ver Cuestionario sobre hábitos alimentarios, amenorrea y actividad física.
	5. COMPAÑÍA DURANTE LAS COMIDAS	Cualitativa		Ver Cuestionario sobre hábitos alimentarios, amenorrea y actividad física.

FCA : Frecuencia Semicuantitativa de Consumo de Alimentos del último mes

3.3.1. Definición operativa de Riesgo de Transtornos de la Conducta Alimentaria

Para objeto de este estudio, se define como población con riesgo de padecer un Transtorno de Conducta Alimentaria a las personas que cumplen los criterios de al menos uno de los tres tipos siguientes:

Población con riesgo de anorexia nerviosa

- Categoría Tendencia alta, Alta o Muy Alta en el desarrollo completo del Inventario sobre Transtornos Alimentarios (Tabla Nro. 3).
- Pérdida significativa de peso inducida por el enfermo (Índice de Masa Corporal o de Quetelet de menor de 17.5 Kg./m² ó pérdida de 5 Kg. ó más por dieta en el último año.

Y al menos uno de los siguientes criterios:

- Tendencia alta, alta o muy alta en la dimensión de la variable Preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo al desarrollar las preguntas correspondientes del Inventario sobre Transtornos Alimentarios (Tabla Nro. 3).
- Distorsión de la Imagen Corporal
- Presencia de amenorrea (omisión de por lo menos 3 ciclos menstruales consecutivos en el último año)

POBLACIÓN CON RIESGO DE BULIMIA NERVIOSA.-

- Categoría Tendencia alta, Alta o Muy alta en el desarrollo completo del Inventario sobre Transtornos Alimentarios (Tabla Nro.3).
- Tendencia alta, alta o muy alta en la dimensión de la variable Episodios de Atracones Alimentarios al desarrollar las preguntas correspondientes del Inventario sobre Transtornos Alimentarios (Tabla Nro.3).

Y al menos uno de los siguientes criterios:

- Tendencia alta, alta o muy alta en la dimensión de la variable Métodos de Eliminación de Ingesta al desarrollar las preguntas correspondientes del Inventario sobre Transtornos Alimentarios (Tabla Nro. 3).
- Tendencia alta, alta o muy alta en la dimensión de la variable Preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo al desarrollar las preguntas correspondientes del Inventario sobre Transtornos Alimentarios (Tabla Nro. 3)

POBLACIÓN CON RIESGO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO

- Categoría Tendencia alta, Alta o Muy Alta en el desarrollo completo del Inventario de Trastornos Alimentarios (Tabla Nro. 3).
- No cumple los criterios de riesgo para la anorexia y bulimia nerviosa

Tabla Nro. 3. Inventario sobre Trastornos Alimentarios. Conversión de puntajes directos a categorías y grados escalares.

Dimensiones de la variable Riesgos de TCA					
	Preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo (Preguntas 1,2,5,6,7,9,11,12,15,16,19,22,23 del Inventario sobre Trastornos Alimentarios)	Métodos de Eliminación de ingesta (Preguntas 3,4,13,18,26, del Inventario sobre Trastornos Alimentarios)	Episodios de Atracones Alimentarios (Preguntas 14,17,21,32,36, del Inventario sobre Trastornos Alimentarios)	Métodos socialmente Aceptados de Control de Peso (Preguntas 20,30,34,35,37 del Inventario sobre Trastornos Alimentarios)	Desarrollo completo del Inventario sobre Trastornos Alimentarios (Preguntas 1 al 39)
Categorías	Puntajes				
Muy Alta	73 a 78	29 a 30	29 a 30	29 a 30	217 a 234
Alta	60 a 72	24 a 28	24 a 28	24 a 28	178 a 216
Tend.Alta	47 a 59	19 a 23	19 a 23	19 a 23	139 a 177
Tend.Baja	34 a 46	14 a 18	14 a 18	14 a 18	100 a 138
Baja	21 a 33	9 a 13	9 a 13	9 a 13	61 a 99
Muy Baja	13 a 20	5 a 8	5 a 8	5 a 8	39 a 60

Muy alta: capacidad extremadamente bien desarrollada

Alta: Capacidad bien desarrollada

Tendencia alta: capacidad adecuada con tendencia a bien desarrollada

Tendencia baja: capacidad adecuada con tendencia al subdesarrollo

Baja: capacidad subdesarrollada

Muy baja: capacidad extremadamente subdesarrollada

3.4. DIMENSIONES DE LAS VARIABLES

3.4.1. Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo, Métodos de eliminación de ingesta y los Episodios de atracón alimentario. Fueron medidos mediante el Inventario sobre Trastornos Alimentarios (21).

**PREGUNTAS DEL INVENTARIO SOBRE TRANSTORNOS
ALIMENTARIOS ASOCIADAS A LA DIMENSIONES DE LA VARIABLE:
Preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo**

Nro.	Descripción del ítem
1	Controlo mi peso
2	Me da la impresión de que las chicas que conozco son más delgadas que yo
3	Pienso que debo reducir ciertas partes gordas de mi cuerpo
6	Siento angustia al pensar que podría subir de peso
7	Me desespero cuando no puedo eliminar de alguna forma lo que he comido
9	Me veo gorda a pesar que los demás dicen lo contrario
11	Me preocupa tanto por lo que como, que llega a limitarme en mis actividades diarias
12	Trato de comer alimentos de pocas calorías
15	Tengo gran sentimiento de culpa después de comer
16	Me obsesiono con la forma y mi peso de mi cuerpo
19	Siento que me odio cuando no cumplo mi dieta
22	Siento angustia cuando compruebo que he aumentado de peso
23	Cuando controlo la comida me siento “dueña del mundo”

Métodos de eliminación de ingesta

Nro.	Descripción del ítem
3	Pienso en la posibilidad de vomitar para controlar mi peso
4	Fumo cigarrillos para evitar comer
13	Tomo pastillas para adelgazar
18	Intento vomitar después de comer para controlar mi peso
26	Uso laxantes para eliminar peso

Episodios de atracones alimentarios

Nro.	Descripción del ítem
14	Como en exceso
17	Como con desesperación
21	Pienso en comida
32	Como a escondidas
36	Siento rechazo por las personas gordas

Métodos socialmente aceptados para el control del peso corporal

Medido por medio del Inventario sobre Transtornos Alimentarios y el Cuestionario sobre hábitos alimentarios, amenorrea y actividad física.

PREGUNTAS DEL INVENTARIO SOBRE TRANSTORNOS ALIMENTARIOS ASOCIADAS A LA DIMENSIONES DE LA VARIABLE:
Métodos socialmente aceptados de control de peso

Nro.	Descripción del ítem
20	Para controlar mi peso, utilizo productos que eliminan líquido
30	Hago mucho ejercicio para bajar de peso
34	Me hago masajes adelgazantes
35	Leo revistas y/o libros sobre alimentos, dietas y ejercicios
37	Bebo mucho líquido para eliminar la grasa de mi cuerpo

Para la evaluación de la práctica de la actividad física según los niveles de intensidad y frecuencia, se tomó como base los criterios del Centro de Investigación para el Fomento de la Salud y el Medline (29,30).

Según el nivel de intensidad , se clasificó en:

- Actividad ligera : caminata ligera, ejercicios de elasticidad, etc.
- Actividad moderada: caminata rápida, bailar, aeróbicos, levantamiento de pesas ligera o moderada, bicicleta, etc.
- Actividad vigorosa: vóley, escaladoras, trotar, correr, fútbol, natación, atletismo, básquet.

Según la frecuencia:

- Baja actividad: cuando realiza algunas actividades físicas, pero no cada semana.
- Poco activo regular ligero: si realiza actividades físicas semanalmente.
- Poco activo regular:
 - . Realiza actividades físicas moderadas cada semana, pero menos de cinco días a la semana, o menos de 30 minutos diarios en esos días.
 - . Realiza actividades físicas vigorosas cada semana, pero menos de tres días por semana, o menos de 20 minutos diarios en esos días.
- Activo:
 - . Si realiza 30 minutos o más de actividades físicas moderadas por día, 5 ó más días por semana.
 - . Si realiza 20 minutos o más de actividades físicas vigorosas por día, 3 ó más días por semana.

- Activo intenso : participación en una actividad física moderada o vigorosa durante 60 minutos o más, por lo menos 3 ó 5 veces por semana.

Estado Nutricional

Se estableció el diagnóstico nutricional mediante el Índice de Masa Corporal, calculado a partir del peso y la talla mediante la siguiente fórmula (31):

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg.)} / \text{Talla (m}^2\text{)}$$

Tabla Nro. 4. Diagnóstico nutricional mediante el Índice de Masa Corporal

IMC	ESTADO NUTRICIONAL
<15	Desnutrición muy severa (criterio de internación)
15-15.9	Desnutrición severa (grado III)
16-16.9	Desnutrición moderada (grado II)
17-18.4	Desnutrición leve (grado I)
18.5-24.9	Normal
25-29.9	Sobrepeso
30-34.5	Obesidad grado I
35-39.9	Obesidad grado II
>40	Obesidad grado III (mórbida)

FUENTE: O.M.S. El Estado Físico: Uso e interpretación de la Antropometría. Informe de un Comité de Expertos. 1995.

Distorsión de la imagen corporal

Para operacionalizar el concepto se llevará a cabo una comparación entre el Estado Nutricional por IMC convertidos en cinco categorías de estado nutricional (desnutrición grado II, desnutrición grado I, normal, sobrepeso, obesidad grado I), con un mismo número categorías para la Autopercepción corporal (muy delgado, delgado, normal, gordita, muy gordita). La coincidencia en las categorías determinará la presencia o ausencia de Distorsión de Imagen Corporal. (Tabla Nro.5)

Tabla Nro. 5. Estado Nutricional y Percepción de Imagen Corporal en Mujeres adolescentes ingresantes a la U.N.M.S.M. en el año 2004

ESTADO NUTRICIONAL	PERCEPCIÓN CORPORAL				
	Muy delgada	Delgada	Normal	Gordita	Muy gordita
Desnutrición II	Ausencia de distorsión	Distorsión. Sobrestimación del peso	Distorsión. Sobrestimación del peso	Distorsión. Sobrestimación del peso	Distorsión. Sobrestimación del peso
Desnutrición I	Distorsión. Subestimación del peso	Ausencia de distorsión	Distorsión. Sobrestimación Del peso	Distorsión. Sobrestimación del peso	Distorsión. Sobrestimación del peso
Normal	Distorsión. Subestimación del peso	Distorsión. Subestimación del peso	Ausencia de distorsión	Distorsión. Sobrestimación del peso	Distorsión. Sobrestimación del peso
Sobrepeso	Distorsión. Subestimación del peso	Distorsión. Subestimación del peso	Distorsión. Subestimación del peso	Ausencia de distorsión	Distorsión. Sobrestimación del peso
Obesidad I	Distorsión. Subestimación del peso	Distorsión. Subestimación del peso	Distorsión. Subestimación del peso	Distorsión. Subestimación del peso	Ausencia de distorsión

Los instrumentos empleados fueron: el Cuestionario sobre hábitos alimentarios, amenorrea y actividad física y Evaluación Antropométrica.

Pérdida de peso por dieta y Amenorrea por causa dietética

Se midieron por medio del Cuestionario sobre hábitos alimentarios, amenorrea y actividad física. Una pérdida de peso por dieta mayor a 5 Kg. y/o, o la presencia de amenorrea por causa dietética fue considerada como criterio de riesgo de anorexia nerviosa, según la definición operacional propuesta.

3.4.2. HÁBITOS ALIMENTARIOS

Alimentos más consumidos y menos consumidos

Fue medido mediante la Frecuencia Semicuantitativa del último mes

Tipos de dieta, Forma de consumo de alimentos, Comidas principales, Compañía durante las comidas. Medidos por medio del Cuestionario sobre hábitos alimentarios, amenorrea y actividad física.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.5.1. TÉCNICAS

- Antropométrica: con el peso y la talla se calculó el Índice de Masa Corporal de Quetelet para diferenciar las personas con un peso adecuado, desnutrido y con sobrepeso (31).
- Dietética: Se empleó el instrumento Frecuencia Semicuantitativa de Consumo de Alimentos del último mes proporcionó información sobre la calidad, cantidad y frecuencia de consumo de alimentos (Anexo 3). El Cuestionario sobre Hábitos Alimentarios, amenorrea y actividad física sirvió para coleccionar datos sobre los tiempos de ingesta alimentaria, lugar de consumo, acompañantes, formas de cocción del alimento y empleo de dietas (Anexo 7).
- Psicológicas: se aplicó el Inventario sobre Transtornos Alimentarios (Anexo 6).

3.5.2. INSTRUMENTOS

- **Hoja de Filiación.** Se registró en ella: la Escuela Académico Profesional de la alumna, fecha de nacimiento, edad, peso y talla (Anexo 2)
- **Inventario sobre trastornos alimentarios**

Nombre	: Inventario Sobre Transtornos Alimentarios
Autores	: Adriana Marcés y Patricia Delgado
Adaptado por	: Joan Hartley Florindez
Procedencia	: Pontificia Universidad Católica del Perú
Formas de aplicación:	Individual y Colectiva
Aplicación	: Mujeres adolescentes entre 13 y 18 años de edad de clases socioeconómicas baja, media alta y alta.
Significación	: Evalúa comportamientos relacionados a trastornos alimentarios
Descripción	: El instrumento consta de 51 ítemes. El número de alternativas de respuesta a cada ítem es de 6, organizándose en una escala de frecuencia tipo Likert (Nunca, Raras veces, Algunas Veces, Muchas Veces, Frecuentemente, Siempre.

Para determinar la Validez del Contenido del Inventario Sobre Transtornos Alimentarios adaptado por Hartley, se utilizó la Validación por Criterio de Jueces, seleccionándose siete jueces en total. Para que un ítem sea aceptado dentro del inventario se determinó que el Índice de Acuerdo fuera igual o mayor que 0.80 para cada ítem, es decir, de siete jueces, seis debían estar de acuerdo con el ítem como perteneciente a una escala de trastornos alimentarios.

Para seleccionar o modificar ítems y para establecer la confiabilidad del instrumento, se realizó una prueba piloto con 25 adolescentes mujeres escolares. Se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach que permite determinar la Consistencia Interna de la escala, ya que todos los ítems fueron diseñados para ser indicadores de un trastorno alimentario. Se estableció como punto de corte el valor de 0.60. El resultado en la prueba piloto fue un coeficiente de 0.93. Asimismo, las correlaciones ítem-test se utilizaron como criterio para determinar qué ítems permanecían en el inventario y qué ítems no. Se aceptaron todas aquellas correlaciones por encima de 0.20. De esta manera, fueron ocho los ítems que presentaron una baja o negativa correlación ítem-test. De ellos, sólo se eliminaron tres y se mantuvieron los otros cinco, debido a su importancia desde el punto de vista teórico y a la posibilidad de perfeccionarlos con una mejor redacción.

Luego de la aplicación final al grupo total de 361 adolescentes, se utilizó nuevamente el coeficiente Alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad, manteniendo éste su valor (0.93). Se encontraron dos ítems con correlaciones ítem-test menores a 0.20. Se eliminó uno (ítem #6: Sueño con comida) y se mantuvo el otro (ítem # 27: Se me hace difícil relacionarme con los demás), por su importancia tanto teórica como clínica. Después de la eliminación del ítem #6, el coeficiente alfa se mantuvo (0.93).

El Instrumento sobre trastornos alimentarios adaptado por Hartley se detalla en el Anexo Nro. 4, y los factores, ítems y cargas factoriales, en el Anexo Nro. 5.

Para la presente investigación hemos revisado la validez de los Ítemes, la confiabilidad del Inventario y la elaboración de normas para la interpretación de resultados. Para el análisis de validez de ítemes, se utilizó el poder de discriminación basado en la diferencia significativa de cada ítem mediante la diferencia de medias aritméticas entre las encuestadas comprendidos en el percentil 80 con los examinados comprendidos en el percentil 20, donde se esperó que cada ítem debía diferenciar a los examinados, si no lo hiciere, el ítem sería anulado, con este procedimiento nos quedamos con 39 ítemes que exploran las conductas alimentarias (Anexo Nro. 6).

La confiabilidad se realizó utilizando el método de la consistencia interna, mediante el cual se relaciona las varianzas de los Ítemes con la varianza del total, utilizando la fórmula de Kuder-Richardson, encontrando un coeficiente de 0.95 que nos dice que el Inventario en mención tiene alta confiabilidad.

Finalmente con la nueva distribución de ítems se encontraron los puntos de corte dentro de la escala de seis grados, utilizado en las respuestas a cada ítem (tabla 3)

- Cuestionario sobre hábitos alimentarios, amenorrea y actividad física

Evalúa el número de comidas al día, lugar de consumo, acompañantes y formas de cocción del alimento, empleo de dietas de adelgazamiento, presencia de amenorrea.

Evalúa también el grado de actividad física y la autopercepción corporal. Dicho instrumento fue probado y validado en una prueba piloto previa, siendo corregido posteriormente.

- **Frecuencia semicuantitativa de consumo de alimento del último mes.-** A través de este instrumento se determinaron los tipos de alimentos y frecuencia consumidos (32).

3.6. **PLAN DE PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de la información fue llevada a cabo exclusivamente por la autora, a excepción de 10 formatos, entre los meses de abril y diciembre del 2004 en las Facultades respectivas de las alumnas muestreadas, ubicadas en diferentes distritos de Lima Metropolitana. Previamente se contemplaron los horarios de clase y la disponibilidad de tiempo de cada una de las alumnas. Previo consentimiento de ellas, y en forma anónima, cada una llenó los datos solicitados en el Inventario sobre Transtornos de la Alimentación, el Cuestionario sobre hábitos alimentarios, amenorrea y actividad física y la Frecuencia de Consumo de Alimentos del último mes, tomando para ello un tiempo de 30 a 40 minutos. Se verificó en el momento el llenado correcto de los instrumentos. Se tomó además las medidas del peso y la talla de cada una de las alumnas.

3.7. **PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

La digitación, el ordenamiento y procesamiento de la información se realizó con el programa Microsoft Excel.

Se calcularon la media y distribución de frecuencias absolutas y relativas.

Para la definición el Riesgo de Transtorno de Alimentación, la persona debió de obtener un puntaje mayor o igual a 139 en el Inventario sobre Transtornos Alimentarios, y cumplir los criterios de la definición de población de riesgo transtorno de la conducta alimentaria.

IV. RESULTADOS

4.1. Muestra

De las 191 mujeres adolescentes de la muestra se encuestaron a 177 personas debido a que 4 no consintieron su participación, 7 de ellas no se matricularon en el periodo 2004, y no fue posible ubicar a 3 de ellas. De las 177 encuestas se eliminaron cuatro encuestas: dos porque las alumnas presentaron sesgos en sus pruebas, y dos por estar incompletas. Por ello el número final de encuestas válidas fue de 173.

El 92 % de las alumnas ingresantes tenían edades comprendidas entre los 17 y 19 años, predominando en un 40% las de 18 años (Tabla 6)

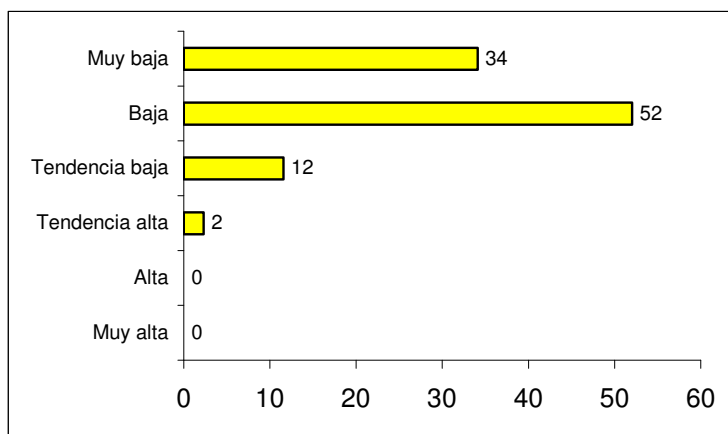
Tabla Nro. 6. Mujeres adolescentes ingresantes agrupadas por edades y áreas profesionales. U.N.M.S.M. 2004

EDAD	C.C. Salud	C.C. básicas	C.C. empresariales	Humanidades	Ingeniería	TOTAL	%
15	2	0	0	0	0	2	1
16	5	1	1	4	0	11	7
17	8	4	11	15	4	42	24
18	17	9	16	22	5	69	40
19	5	6	16	16	6	49	28
TOTAL	37	20	44	57	15	173	100

4.2. Riesgo de Transtornos de la Conducta Alimentaria

El 97,7% del total de la muestra reveló una tendencia baja a muy baja de riesgo de TCA. La totalidad de las personas con riesgo se encontraron en la categoría "Tendencia alta". No se presentaron personas con puntajes altos ni muy altos en el Inventario sobre Transtornos Alimentarios (Gráfico 1).

Gráfico Nro. 1. Clasificación de las adolescentes según las categorías de riesgo de TCA. UNMSM. 2004.



Muy baja: capacidad extremadamente subdesarrollada

Baja: capacidad subdesarrollada

Tendencia baja: capacidad adecuada con tendencia al subdesarrollo

Tendencia alta: capacidad adecuada con tendencia a bien desarrollada

Alta: Capacidad bien desarrollada

Muy alta: capacidad extremadamente bien

Cuatro adolescentes (2.3%) presentaron Riesgo de Transtornos de la Alimentación, quienes fueron estudiantes de las áreas de ciencias de la salud, empresariales e ingeniería (Tabla 7). De las 04 personas con riesgo de TCA, se observa que una cumple con los criterios de riesgo de anorexia nerviosa, una, de riesgo de bulimia nerviosa, y las dos restantes, riesgo de trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

Tabla Nro. 7. Mujeres adolescentes ingresantes a la U.N.M.S.M. en el año 2004 con Riesgo de TCA (n=4)

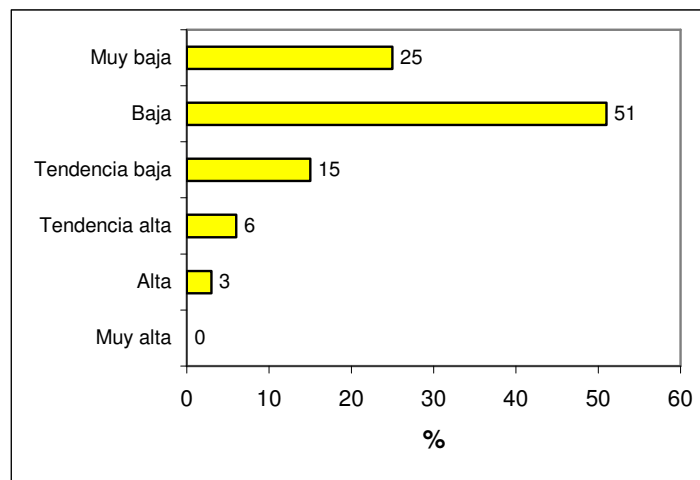
Area	Edad	Diagnóstico
CC. Salud	15 años	Riesgo TANE
CC. Empresariales	19 años	Riesgo anorexia nerviosa
CC. Empresariales	19 años	Riesgo bulimia nerviosa
Ingeniería	19 años	Riesgo TANE

En relación al estado nutricional de las alumnas con riesgo, tres de ellas presenta un estado nutricional normal. Una se encontraba en sobrepeso.

4.3. Preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo

Todas las alumnas con riesgo presentaron preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo, mientras que sólo el 9% de las adolescentes sin riesgo lo presentaron (Gráfico 2).

Gráfico 2. Preocupación exacerbada por el la comida, peso y el cuerpo en alumnas sin riesgo de TCA 15 a 19 años ingresantes a la UNMSM en el año 2004.



Muy baja: capacidad extremadamente subdesarrollada

Baja: capacidad subdesarrollada

Tendencia baja: capacidad adecuada con tendencia al subdesarrollo

Tendencia alta: capacidad adecuada con tendencia a bien desarrollada

Alta: Capacidad bien desarrollada

Muy alta: capacidad extremadamente bien desarrollada

El 80% de las personas con puntajes elevados en el factor “Preocupación exacerbada por el peso, la comida y el cuerpo” tenían un diagnóstico nutricional normal, y un 20%, sobrepeso.

4.4. Métodos de eliminación de ingesta

El 94% de las alumnas sin riesgo obtuvo estuvo en la categoría “Muy baja”, el otro 6% estuvo en las categorías “Baja” y “Tendencia baja”. Una alumna con riesgo presentó puntajes significativos en el Inventario sobre Transtornos Alimentarios adaptado para el presente estudio, en cuanto al empleo de métodos de eliminación de ingesta.

4.5. Episodios de atracones alimentarios

La mitad de las alumnas con riesgo de TCA presentó puntajes elevados en episodios de atracones. Existe una baja tendencia a este tipo de episodios en las de no riesgo.

Las conductas asociadas a atracones alimentarios son frecuentes en el grupo de riesgo.

4.6. Métodos socialmente aceptados para el control del peso corporal

La totalidad de las alumnas en el estudio mostraron puntajes bajos en el ITA (“Tendencia baja” a “Muy baja”) en el empleo de métodos aceptados para el control del peso corporal, lo cual significa que ninguna de ellas presenta anormalidad en este aspecto.

Actividad Física

Las cuatro mujeres con riesgo de TCA tuvieron una frecuencia de actividad física catalogada como “Poco activa regular”, es decir, se encontraron en el punto medio entre las categorías extremas “No hace actividad física” y “Activa intensa” (su actividad era un poco mayor que quienes tenían actividad ligera).

Aproximadamente la mitad del total de alumnas ingresantes era “Poco activa regular” y un 30% no realizaba actividad física (Tabla 8).

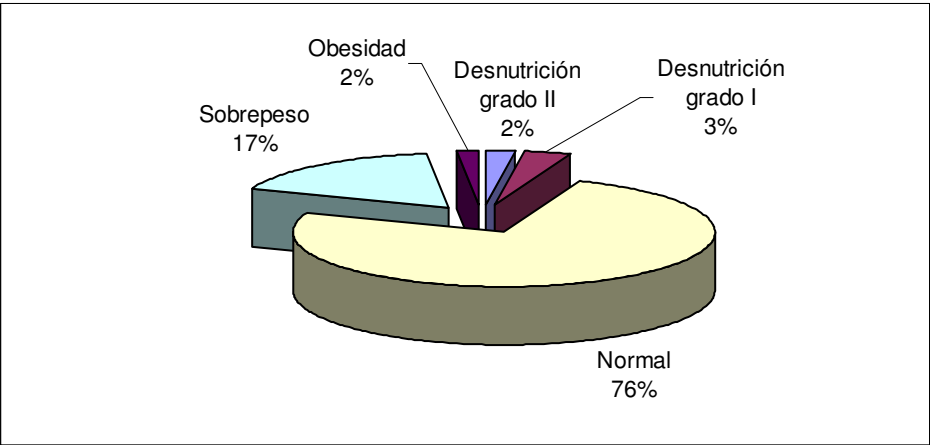
Tabla Nro. 8. Intensidad de la práctica de actividad física en mujeres adolescentes de 15 a 19 años ingresantes a la UNMSM en el año 2004

Intensidad actividad física	N	%
Activa intensa	8	4.7
Activa	26	15.0
Poco activa regular	80	46.2
Poco activa ligera	8	4.7
No hace actividad física	51	29.4
Total	173	100.0

4.7. Antropometría

El 75% de las adolescentes presentó un estado nutricional normal, un 17%, sobrepeso. Un 6% del total cursó con desnutrición y 2%, obesidad. (Gráfico 3).

Gráfico Nro. 3. Estado nutricional de las adolescentes ingresantes a la U.N.M.S.M. en el año 2004.



Un 50% de las personas con desnutrición pertenecían al área de las Ciencias de la Salud, un 40%, al área de Ciencias Empresariales, y el resto, al área de Ingeniería. Se encontraron mujeres con sobrepeso (14 a 21%) en todas las áreas profesionales.

El área con mayor porcentaje de ingresantes con peso normal fue la de Humanidades (81%) (Tabla 9).

Tabla Nro. 9. Estado Nutricional de Mujeres adolescentes ingresantes en el año 2004 según áreas profesionales de la U.N.M.S.M.

Estado Nutricional	Ciencias de la Salud		Ciencias Básicas		Ciencias Empresariales		Humanidades		Ingeniería		TOTAL	
	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Desnutrición I	2	5	0	0	1	2	1	2	0	0	4	2
Desnutrición II	3	8	0	0	3	7	0	0	0	0	6	4
Normal	26	71	15	75	30	70	47	81	12	80	130	75
Sobrepeso	6	16	4	20	9	21	8	14	3	20	30	17
Obesidad	0	0	1	5	0	0	2	3	0	0	3	2
	37	100	20	100	43	100	58	100	15	100	173	100

4.8. Distorsión de la imagen corporal

Ochenta alumnas (46,2%) presentaron diferencias entre su diagnóstico nutricional y su percepción de imagen corporal. Entre ellas, 30 alumnas (28.9%) subestimaban su peso, y 50 alumnas (17.3%) lo sobreestimaban. El 50% de las personas con riesgo, mostró una percepción corporal de “gordita”, siendo sus diagnósticos nutricionales normales (Tabla 10).

Tabla Nro. 10. Frecuencia de la Distorsión de Imagen Corporal según el Estado Nutricional en adolescentes ingresantes a la UNMSM. 2004.

Estado Nutricional	n	%	Total
Desnutrición II	3	75.0	4
Desnutrición I	2	33.3	6
Normal	67	51.5	130
Sobrepeso	7	26.6	30
Obesidad I	1	33.3	3
Total	80		173

4.9. Amenorrea por causa dietética

De las mujeres con riesgo, solamente una reportó 3 episodios mínimos de amenorrea en los últimos 12 meses, debido a problemas de hipertiroidismo, según refirió la encuestada.

Un 15% de quienes no tenían riesgo de TCA, presentó amenorrea. De ellas, un 58% desconocía la etiología, un 12% le atribuyó a quistes, un 8% tenía menstruaciones irregulares, y un porcentaje similar atribuía el problema al estrés.

4.10. Realización de Dietas

Todas las alumnas con riesgo de TCA hicieron dieta en los últimos 12 meses, y entre las personas sin riesgo, el 21%.

Un 70.7% quienes realizaron dietas tuvieron un estado nutricional normal, un 24.4%, sobrepeso, y un 4.34%, obesidad; de las cuales, un 48.78% presentó distorsión de la imagen corporal.

4.11. Tipos de Dietas

Todas las ingresantes con riesgo de TCA manifestaron hacer dieta, y la mitad de ellas las realizaba de la siguiente manera: consumiendo exclusivamente líquidos, evitando comer una de las principales comidas del día y no comiendo nada o casi nada (Tabla 11).

Mientras que entre las mujeres sin riesgo, sólo el 21% hacían dieta. Y los métodos más comunes entre ellas fueron: comer menos cantidad, evitar comer a deshora, consumir más líquidos de lo normal y consumir alimentos Light (Tabla 11).

Cabe resaltar que del total de ingresantes que hacían dieta sólo dos ellas, ambas sin riesgo acudían al médico o nutricionista para hacer dieta.

Tabla Nro. 11. Tipos de dieta realizadas por las mujeres adolescentes de 15 a 19 años ingresantes a la UNMSM en el año 2004

TIPOS DE DIETA	CON RIESGO		SIN RIESGO	
	n	%	n	%
Hace dieta	4	100	36	21
Consumo exclusivo de líquido	2	50	17	10
Evito comer una comida al día	2	50	15	1
No comer nada o casi nada	2	50	4	2
Consumo de alimentos light	1	25	16	9
Comer menos cantidad	1	25	24	14
Evitar comer a deshora	0	0	22	13
Dieta con nutricionista o médico.	0	0	2	1
Dietas recomendadas x amiga, revista, etc	0	0	2	1

4.12. Alimentos más y menos consumidos

La alumna con riesgo de anorexia nerviosa consumió más alimentos muy bajos en calorías, consumiendo menos alimentos calóricos. Existe una tendencia de consumir más alimentos calóricos en el resto del grupo de riesgo (Tabla 12).

Tabla Nro.12.- Alimentos más consumidos y menos consumidos por las adolescentes con riesgo. U.N.M.S.M. 2004

Persona	Diagnóstico	Alimentos más consumidos	Alimentos menos consumidos
1	Riesgo TANE	Pollo, res, arroz, pan, frituras, naranja, queso, fideos, galletas, tomate, papas	Pisco, vino, cerveza, papitas fritas, hígados de pollo y res, embutidos, pescado, huevo, leche, yogur, quinua
2	Riesgo anorexia nerviosa	Manzana, yogur, galletas, naranja, mandarina, papaya, brócoli, vainita, zanahoria, camote	Hígado de pollo y res, embutidos, arroz, avena, palta, aceite, mango, menestras, fideos, margarina, gaseosas
3	Riesgo bulimia nerviosa	Arroz, pan, gaseosas, papa, azúcar, mermelada, pollo, olluco	Leche, queso, yogur, quinua, margarina, mayonesa, aceitunas, tuna, arveja, brócoli, espinaca, vainita, zanahoria
4	Riesgo TANE	Arroz, pollo, pan, azúcar, caramelos, papa	Margarina, hígado de res y de pollo, pescado, sardinas, avena, aceitunas, mermelada

Entre los alimentos más consumidos en el grupo sin riesgo están los de origen animal; los menos consumidos fueron: los tubérculos, el chocolate, snacks y licores (Tabla 13).

Tabla Nro.13.- Alimentos más consumidos y menos consumidos por las adolescentes sin riesgo. U.N.M.S.M. 2004

LO MÁS CONSUMIDO (n=169)	LO MENOS CONSUMIDO (n=169)
Pollo Carne, pulpa (1 presa)	Zanahoria (½ unidad)
Res Carne, pulpa (1 presa)	Papa (1 unidad mediana)
Hígado de pollo (1 unidad)	Yuca (1 trozo mediano)
Hígado de res (1 filete)	Olluco (½ plato tendido)
Embutidos (1 unidad)	Camote (1 unidad mediana)
Pescado (1 filete)	Chocolate (1 unidad)
Sardina (1 porcion guiso)	Papitas, chizitos (1 bolsa)
Huevo de gallina (1 unidad)	Cerveza (1 vaso mediano)
Leche evaporada (1 taza)	Vino (½ vaso mediano)
Queso fresco (1 tajada)	Pisco, ron, otros (¼ vaso med)

4.13. Forma de consumo de alimentos

Los alimentos crudos con aliño son consumidos diariamente por las ingresantes con riesgo (25%). Frito y guisado son dos formas que son consumidas de 3-6 veces por semana (50% y 100%, respectivamente) por dichas ingresantes (Tabla 14).

Mientras que entre las ingresantes sin riesgo existe mayor variabilidad en el consumo, siendo las formas guisado, frito y crudo con aliño en orden

decreciente las mas consumidas con una frecuencia mayor a 3 veces por semana (Tabla 14).

Tabla Nro.14. Forma de preparación de alimentos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años ingresantes a la UNMSM en el año 2004

Forma de preparación	Frecuencia	n	Con riesgo (%)	n	Sin riesgo (%)
HORNEADO	Muy raro	4	100.00	97	57.40
	1-3 v/mes	0	0.00	48	28.40
	1-2 /semana	0	0.00	20	11.83
	3-4/sem	0	0.00	2	1.18
	5-6/sem	0	0.00	0	0.00
	Diario	0	0.00	2	1.18
SANCOCHADO	Muy raro	0	0.00	13	7.69
	1-3 v/mes	1	25.00	21	12.43
	1-2 /semana	2	50.00	53	31.36
	3-4/sem	1	25.00	36	21.30
	5-6/sem	0	0.00	18	10.65
	Diario	0	0.00	28	16.57
FRITO	Muy raro	0	0.00	16	9.47
	1-3 v/mes	1	25.00	22	13.02
	1-2 /semana	1	25.00	80	47.34
	3-4/sem	2	50.00	38	22.49
	5-6/sem	0	0.00	6	3.55
	Diario	0	0.00	7	4.14
GUISADO	Muy raro	0	0.00	11	6.51
	1-3 v/mes	0	0.00	3	1.78
	1-2 /semana	0	0.00	29	17.16
	3-4/sem	4	100.00	68	40.24
	5-6/sem	0	0.00	34	20.12
	Diario	0	0.00	24	14.20
CRUDO CON ALIÑO	Muy raro	0	0.00	54	31.95
	1-3 v/mes	1	25.00	32	18.93
	1-2 /semana	0	0.00	34	20.12
	3-4/sem	2	50.00	29	17.16
	5-6/sem	0	0.00	15	8.88
	Diario	1	25.00	5	2.96
CRUDO SIN ALIÑO	Muy raro	2	50.00	108	63.91
	1-3 v/mes	2	50.00	16	9.47
	1-2 /semana	0	0.00	17	10.06
	3-4/sem	0	0.00	11	6.51
	5-6/sem	0	0.00	9	5.33
	Diario	0	0.00	8	4.73

4.14. Comidas principales

El único tiempo de comida consumido por todas las ingresantes es el almuerzo, mientras que el tiempo de comida en que existe mayor diferencia en la frecuencia de consumo entre las que tienen riesgo (50%) y las que no lo tienen es el desayuno (93%, Tabla 16).

Tabla Nro. 15. Consumo de las Comidas Principales en mujeres adolescentes de 15 a 19 años ingresantes a la UNMSM en el año 2004

		Con riesgo (%)	Sin riesgo (%)
DESAYUNAN	Sí	50	93
	No	50	7
ALMUERZAN	Sí	100	100
	No	0	0
CENAN	Sí	100	88
	No	0	12
ENTRECOMIDAS	Sí	100	59
	No	0	41

4.15. Compañía durante las comidas

Todas las alumnas encuestadas que toman desayuno, lo hacen solas.

La mayoría de las alumnas encuestadas, estaban acompañadas durante el almuerzo y la cena.

La mayoría de las personas con riesgo comen por entrecomidas acompañadas, en cambio la mayoría de las personas sin riesgo lo hacen solas.

V. DISCUSIÓN

La muestra final quedó en 173 alumnas, lo cual fue un tamaño de muestra adecuado, por lo tanto los resultados del presente estudio se puede extrapolar a todas las ingresantes 2004 entre 15 y 19 años.

Dado el sinnúmero de viajes a efectuar por la autora para ubicar y evaluar a cada una de las alumnas seleccionadas aleatoriamente, cuyas escuelas académico profesionales se encontraban distribuidas en distintos puntos de Lima Metropolitana, se tuvo que emplear la cinta métrica en reemplazo del tallímetro, siguiéndose rigurosamente las técnicas de medición.

Se empleó el Índice de Masa Corporal (IMC) como una medida de comparación con la percepción de imagen corporal para determinar la distorsión de imagen corporal, lo que limita el estudio, dado que las alumnas con un IMC normal pueden percibirse con sobrepeso por un incremento de la grasa subcutánea en determinadas regiones del cuerpo (abdomen, cadera). El porcentaje de grasa aumenta con la edad, pero estas diferencias tal vez no sean reveladas por el IMC (31). El IMC ha sido validado como indicador de la grasa corporal total solo para los percentiles superiores (31).

La ejecución del estudio se realizó en el mes de abril y culminó en diciembre del 2004. La toma de información podría haber estado influenciada por la heterogeneidad en el consumo y la realización de actividad física según la estacionalidad. La estación del año repercute en la frecuencia de consumo de alimentos y la actividad física, es decir, en los meses cercanos al verano, es alta la tendencia en el consumo de alimento de bajo contenido calórico como es en el caso de las frutas, caso contrario sucede durante los meses de invierno. Del mismo modo ocurre con la realización de actividad física en los adolescentes, el cual tiende a ser mayor durante los meses de calor.

En relación al Cuestionario sobre hábitos alimentarios, amenorrea y actividad física, en la pregunta relacionada a la cantidad de kilogramos perdidos por dieta, no se preguntó sobre el tiempo de duración de la dieta, dato importante que determinará si la cantidad perdida es saludable o no.

En el presente estudio se encontró que el 2,3% de las alumnas presentaron riesgo de padecer algún tipo de trastorno de la alimentación. Esta prevalencia es semejante a los resultados obtenidos por Rodríguez (33) en

adolescentes de 15 a 18 años del 5to año de secundaria de un colegio particular en el Distrito de Los Olivos- Lima Metropolitana empleando el mismo instrumento, quien halló una prevalencia del 2%.

Gandarillas (2002) halló una prevalencia de riesgo del 15,3% en mujeres adolescentes escolarizadas de Madrid y Lameiras (2002) un 6,4% en una evaluación a 482 estudiantes universitarios españoles, empleando ambos el instrumento Eating Disorders Inventory (EDI). En un estudio de prevalencia de posibles trastornos de conducta alimentaria realizada en la ciudad de Girona, España, en mujeres adolescentes estudiantes de secundaria de la ciudad de Girona, con edades comprendidas entre los 14 y 19 años de edad, un 16,3% de las mujeres adolescentes presentan riesgo potencial de TCA (18). Con la aplicación del Eating Attitudes Test (EAT), Medeiros (2001) en su estudio en universitarias brasileñas (114 de la Escuela de Nutrición y 107 de otras especialidades) halló que el 22.17% presentaban riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Fue identificada la presencia de síntomas de Anorexia Nerviosa a través del EAT en 21.1%, de 279 adolescentes del sexo femenino en una escuela particular de Brasil (12).

Si bien es cierto que la prevalencia obtenida no se asemeja la prevalencia a los datos obtenidos en estudios de otros países, esto es debido a las diferencias que existen entre los instrumentos empleados, el tipo de indicadores empleados, considerando además la heterogeneidad de culturas entre países, donde se incluyen los hábitos alimentarios, entre otros aspectos. Es probable que esta diferencia pudiera ser real, y que nuestro país en un futuro pudiera alcanzar tasas mas elevadas de prevalencia de esta enfermedad emergente.

Paradójicamente, las adolescentes con riesgo de TCA tienen un IMC promedio más alto en relación a las de no riesgo. Suarez, 2002 obtiene resultados similares en su tesis doctoral en 57 estudiantes de instrucción media del sexo femenino entre 14 y 25 años de edad con disfunciones alimentarias. La población estudiada posee valores ponderales saludables, presentando un Índice de Masa Corporal (IMC) medio de 22.09 +/- 3.23 kg/m².

El total de las personas con riesgo de TCA mostró una preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo. En una investigación

realizada en un grupo de 533 estudiantes españoles, la cifra llega al 24.5% de los individuos (34). En una evaluación a 261 alumnas escolares de colegios de clase "A" como estatales de Lima, la mayor parte de ellas estaba insatisfecha con su imagen corporal, padecían de trastornos alimentarios intermedios que no eran advertidos por sus padres, con una preocupación exagerada en el control de la cantidad de comida (21).

La preocupación por el peso aumentó con el IMC. El 80% de las preocupadas tenía un diagnóstico nutricional normal y un 20%, sobrepeso. Las adolescentes que manifestaron esta inquietud ligeramente tuvieron un mayor IMC ($22.91 \pm 2.15 \text{ Kg/m}^2$) que las no preocupadas por el tema ($22.57 \pm 3.33 \text{ Kg/m}^2$). En estudios realizados en estudiantes españoles, al igual que los encontrados por otros autores (36,37), el comportamiento fue similar IMC ($21,6 \pm 2,5 \text{ Kg/m}^2$) en los preocupados y los no preocupados por el tema IMC ($20,8 \pm 2,4 \text{ Kg/m}^2$).

La mitad de las alumnas con riesgo presentaron episodios de atracones. La mayoría de las personas sin riesgo tuvieron una tendencia muy baja a éstos. Un estudio realizado en 179 estudiantes de institución media de Badajoz sin riesgo de TCA y 49 con riesgo, reveló episodios de atracones en un 34,7% de las alumnas sin riesgo y un 43,8% con riesgo (34).

La totalidad de las alumnas sin riesgo obtuvieron puntajes bajos en el Inventario sobre Transtornos Alimentarios en cuanto al empleo de métodos de eliminación de ingesta. Sólo una alumna con riesgo presentó puntajes significativos. Suarez (2002) comprueba en su estudio el empleo de laxantes en un 4,95% de las adolescentes sin riesgo y 6,3% con riesgo; vómitos autoprovocados en 1,7% sin riesgo y 14,3% con riesgo. No se encuentra semejanza con el actual estudio.

La totalidad de las alumnas en estudio mostró una tendencia baja a muy baja en el ITA en el empleo de métodos aceptados para el control del peso corporal. Sin embargo, al preguntárseles si hicieron dieta en los últimos 12 meses, todas las alumnas con riesgo y un 21% del grupo no riesgo, lo hicieron. Davies y Furnham (1986) encontró en su estudio en británicas de 12 a 18 años de edad, que cerca del 20% se encontraba haciendo algún tipo de dieta restrictiva, cifra al que se aproxima el presente trabajo de investigación. Todas las alumnas con riesgo de TCA realizaron dieta en los

últimos 12 meses, siendo el estado nutricional del 75% de ellas, normal, y un 25%, sobrepeso. Entre las personas sin riesgo, sólo hicieron dieta el 18%; en cuanto al estado nutricional, variaron entre lo normal y obesidad grado I. Un 38% tenía una percepción corporal sobrestimada, y un 13%, subestimada.

Es importante tomar en cuenta que el estado nutricional actual se encuentre ya afectada con anterioridad por el logro en la disminución de peso debido a la dieta realizada. Los datos sobre el estado nutricional de las mujeres que hicieron dietas nos permiten intuir que la mayor parte de las universitarias, no están satisfechas con su aspecto físico aunque se encuentren en valores normales de peso.

Si bien es cierto que en el estudio no se preguntó a las estudiantes sobre su satisfacción corporal, la presencia de distorsión de imagen corporal y la práctica de métodos de control de peso corporal lo manifiestan.

En cuanto a la práctica de actividad física, no se aprecia una práctica intensiva en el grupo de riesgo. La tendencia a realizar poca o ninguna actividad física regular se da en las ingresantes sin riesgo.

El 100% de las alumnas con riesgo realizaron dietas consistentes en: consumir alimentos light, consumiendo exclusivamente líquido, omitiendo comidas, o ingiriendo poco o muy pequeñas cantidades de comida, mientras que sólo 18% del grupo sin riesgo lo practicó. Suarez (2002) halló que un 56.7% de universitarias con riesgo se había sometido a dietas estrictas, el 13% en sin riesgo.

Las personas con TCA se autoimponen dietas cada vez más reducidas en calidad, cantidad y frecuencia., perdiendo la noción de un patrón alimentario normal (27) Son incapaces de reconocer las porciones normales de alimentos, sobredimensionando los alimentos siendo un obstáculo para la determinación del valor calórico ingerido (27), motivo por el cual, en el presente estudio, se empleó el método de la frecuencia de consumo de alimentos sólo para determinar los alimentos más consumidos y menos consumidos de las alumnas.

La alumna con riesgo de anorexia nerviosa consumió en el último mes, alimentos muy bajos en calorías, siendo los más calóricos los menos consumidos; Lenz (2003) encontró que los hábitos alimentarios de las

alumnas con factor de riesgo de anorexia nerviosa, eran diferentes de aquellas sin síntomas, con el predominio de alimentos más saludables e hipocalóricos en las primeras. Se corroboró en la práctica lo manifestado en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y la Décima Revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10). Lo contrario ocurrió con las alumnas con riesgo de bulimia nerviosa y TANE en cuanto a los alimentos más consumidos.

Sobre los alimentos más consumidos entre el grupo de riesgo (a excepción de la persona con riesgo de anorexia nerviosa) fueron los cereales como el arroz y el pan, entre los productos de origen animal figuran el pollo. No existe una tendencia definida entre los alimentos menos consumidos. Entre los alimentos más consumidos en el grupo sin riesgo están los de origen animal, los que aportan proteínas de alto valor biológico, tanto como vitaminas y minerales importantes; los menos consumidos fueron: los tubérculos, el chocolate, snacks y licores, los que muestran una tendencia a un consumo saludable.

Lenz (2003) al aplicar un cuestionario alimentario en mujeres adolescentes en una escuela de Brasil encontró que los alimentos de mayor preferencia fueron semejantes entre las que presentaban o no riesgo de anorexia nerviosa y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los alimentos de menor preferencia. Huse & Lucas (1984) en un estudio en 96 anoréxicas nerviosas, el 40% presentaban peculiaridades en las preferencias alimentarias y aversiones específicas por alimentos o grupos, como: evitar carnes, dulces y entrecomidas, grasas (mantequilla, aliños de ensalada y mayonesa), aunque preferían los dulces y entrecomidas.

Todas las alumnas con riesgo tomaban almuerzo y cena e incluso, comen entrecomidas; sólo dos de ellas, no desayunaban. Un 93% del grupo sin riesgo desayunaba, todas almorzaban y un 88% cenaban.

Todas las alumnas con riesgo comía por lo menos una de las tomas de comida acompañadas, sea en casa o en la universidad. Según un estudio en 94 pacientes con TCA en Madrid, un 84% comía en casa, y acompañados, 65,6% (36).

Por otro lado, los adolescentes tienden a consumir comidas irregulares, refrigerios, a comer fuera de su casa, y seguir patrones alimentarios alternativos a su grupo de edad, los que también están sujetos a la influencia de la familia, compañeros y medios masivos. Omiten un número cada vez mayor de comidas en su casa a medida que avanzan en edad. El desayuno y el almuerzo suelen ser las comidas que con más frecuencia se obvian, siendo las mujeres quienes tienden a omitir más comidas. Los adolescentes identifican la falta de tiempo como la barrera más importante, pues se perciben como demasiado ocupados para preocuparse por los alimentos, la nutrición, de comidas o el comer correctamente (7).

A excepción de la alumna con riesgo de anorexia nerviosa, fue difícil deslindar un hábito alimentario de una paciente con TCA, de aquel característico a una adolescente normal, quien además de estar influenciada por la nueva rutina universitaria, suele presentar irregularidades en la alimentación en forma frecuente.

Una adolescente con riesgo de anorexia nerviosa refirió que no menstruó en un periodo mínimo de tres meses debido a problemas de hipertiroidismo, sin embargo, al evaluar su frecuencia de consumo de alimentos, tiene la tendencia de comer con más frecuencia alimentos de muy bajo contenido calórico, evitando los que aportan energía; por otro lado, en los últimos 12 meses realizó dietas por cuenta propia, perdiendo 10 kilos por dieta realizada. Una alumna sin riesgo, quien también presentó amenorrea, según refiere ella por ser irregular, realizó dietas en el último año, perdiendo en esa oportunidad, 8 kilogramos.

Se concuerda con Rodríguez (2005) en el desconocimiento del desarrollo actual o futura de la patología en las adolescentes con riesgo, por el que se sugieren estudios posteriores multidisciplinarios para la realización del diagnóstico psicológico, dado que como especialistas en nutrición, no nos compete realizar el diagnóstico definitivo de un trastorno de conducta alimentaria. El presente estudio se limitó en la medición de riesgos de desarrollo de la enfermedad.

VI. CONCLUSIONES

1. Por el porcentaje alumnas con riesgo de trastornos de la conducta alimentaria fue de 2,3%. Una de ellas cumple con los criterios de riesgo de anorexia nerviosa, otra, de riesgo de bulimia nerviosa, y las dos restantes, riesgo de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE).
2. La población estudiada en general posee valores ponderales saludables, sin embargo, se halló un porcentaje elevado de distorsión de la imagen corporal, resaltándose la sobrevaloración del peso en la mayoría. La mayoría de personas que realizaron dieta, tuvieron un estado nutricional normal, de las cuales, aproximadamente la mitad presentaron distorsión de la imagen corporal.
3. La preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo, los episodios de atracones y métodos aceptados de control de peso, fueron característicos en las adolescentes con riesgo.
4. Todas las adolescentes, excepto dos que se sometieron a regímenes de control de peso lo hicieron sin previa prescripción dietética, siguiendo métodos inadecuados que conllevan a una alteración de la salud.
5. A excepción de la alumna con riesgo de anorexia nerviosa, es difícil deslindar un hábito alimentario de una adolescente con riesgo de TCA, de aquel característico de la adolescencia, además de la nueva rutina universitaria, donde las irregularidades en la alimentación suelen ser frecuentes.

VII. RECOMENDACIONES

Para futuros estudios se sugiere la realización de toma de datos en un mismo periodo de tiempo para todas las personas participantes del estudio para evitar la heterogeneidad en el consumo y prácticas de actividad física.

La correcta y oportuna educación nutricional dirigida al grupo de riesgo de la adolescencia, podría llegar a incidir en un descenso de la aparición del TCA.

El ámbito educativo universitario debe ser amplio y cercano al adolescente, es imprescindible la intervención docente, en especial de los tutores de promoción.

Es importante la implementación de centros de atención del estudiante (consultorios de nutrición, psicología y médico) para una oportuna intervención en el supuesto caso de riesgo o enfermedad. de trastornos de la conducta alimentaria.

Instalación de tutorías o centro de orientación al estudiante. No todas las Facultades de la Universidad, tienen organizadas las tutorías, cuya función no sólo se limita en velar por la parte académica del universitario, sino en su formación integral como persona.

Se sugiere la elaboración de programas preventivos que comprendan los siguientes elementos: educación nutricional correcta y oportuna para buscar una alimentación balanceada sana en el universitario, buscando desarrollar en él una conciencia crítica respecto a lo propuesto por los medios de comunicación y modelos culturales en relación al cuidado de la imagen corporal. Dicho programa debe ser ejecutada en paralelo con orientaciones psicológicas dirigidas a mejorar la autoestima personal y el control de emociones.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association.** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta Edición; Barcelona: Masson, 1994.
2. **Organización Mundial de la Salud.** CIE 10. Décima Revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento. Madrid, Meditor, 1992.
3. **Bonilla A, Pastor R, Martínez I** Adolescencia y género. Imagen corporal y trastornos de la alimentación. Cuadernos Mujer Salud 6. Mujeres y salud mental: Los espejos de la desigualdad. Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe. 2001.
4. **Halmi K.A.** Unique features associated with age of onset of Anorexia nervosa. Psychiatry Res 1979; 1:209-15.
5. **OPS/OMS.** Conocimientos Actuales sobre Nutrición. Octava edición. 2003.
6. **Freyre E** Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Diagnóstico 2003; 42(3):109-113.
7. **Mahan K, Escott-Stump E** Nutrición y Dietoterapia de Krause. México: Interamericana. 2000.
8. **Organización Panamericana de la Salud.** La Salud en las Américas. Volumen I. Publicación científica y técnica #587. 2002.
9. **Instituto Especializado de Salud Mental.** Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental. 2002. Informe General. Vol. XVIII. Año 2002. Nro. 1 y 2. Lima.
10. **Instituto Especializado de Salud Mental.** Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana. Informe General. Vol XXI. Año 2005. Nro. 1 y 2. Lima.
11. **Instituto Especializado de Salud Mental.** Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental en Ayacucho. Informe General. Vol. XX. Año 2003. Nro. 1 y 2. Lima.
12. **Huse, D.M., Lucas, A.R.** Dietary patterns in anorexia nervosa. American Journal of Clinical Nutrition, Bethesda, v.40, n.2, p.251-254, 1984. Available from: www.ajcn.org/cgi/reprint/40/2/251

13. **Albornoz P, Matos L** Perfil clínico-epidemiológico de la Anorexia Nerviosa. Pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” entre 1982 y 1998. Revista de Neuro-Psiquiatría 2001;64:133-146.
 14. **Ministerio de Salud.** Morbilidad registrada en consulta externa. Perú. 2002.
 15. **Simon, H. et al.** Eating disorders: Anorexia and Bulimia. 2001. Nidus Information Services. Harvard Medical School. Massachusetts General Hospital, March 2001.
 16. **Gandarillas A, Febrel C** Riesgo de trastorno del comportamiento alimentario (TCA) en adolescentes escolarizados. Comunidad de Madrid, 1999. Interpsiquis 2002.
 17. **Dancyger et al.** The relationship of partial síndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. Psychological Med 1995; 25.
 18. **Ballester, D.** Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia. Universidad de Girona. Departamento de Psicología. 2002. Available from: http://www.universia.es/novedades/internet/satisfacción_corporal.pdf.
 19. **Lameiras M** Los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios españoles. Actas Españolas de Psiquiatría 2002; 30 (6), p. 343-349
 20. **Medeiros G, Kuerten de Salles R** Fatores de Risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. Revista de Nutricao [serial on the Internet]. 2001; 14 (Suplemento): 3-6 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v14s0/8756.pdf>.
 21. **Hartley J** Trastornos de la Alimentación en mujeres adolescentes escolares. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología. Lima - Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú; 1999.
-

22. **Binsbergen, et al.** Food preferences and aversions and dietary pattern in anorexia nervosa patients. European Journal of Clinical Nutrition, London, v.42, n.8. 1988.
23. **Lenz K.** Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes con sintomas de anorexia nervosa. Revista de Nutricao. Vol.16 Nro.1 Campinas Jan./Mar.2003. Available from: [52732003000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/nutricion/vol16/nro1/a000066.html)
24. **Mead M, Guthe C** Manual for the study of food habits 1945.
25. **Sauri M** Publicidad televisiva, hábitos alimentarios y salud en adolescentes de la ciudad de Mérida, Yucatán, México. Tesis para optar el título de Maestra en Ciencias con especialidad en Ecología Humana. Yucatán México: Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del I. P.N. , Available from: www.Mda.cinvestav.mx/ecohum/tesis_estudiantes/01Tesis%20
26. **Arroyo P.** ¿Qué tan activa es la población de Mérida? Cuadernos de Nutrición. Vol. 21, Núm. 5. Septiembre - Octubre 1998: 51-55. Available from: www.fondonestlenutricion.org.mx/english/publications/magazines/cnutricion/cnutricion.htm
27. **De Girolami D** Fundamentos de Valoración Nutricional Buenos Aires: El Ateneo, 2003.
28. **Picasso R.** Nutrición Humana y Dietética. Madrid: Marban,
29. 2004.Manejo del Peso [homepage on the Internet] National Library of Medicine. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001943.htm>
30. **Centro de investigación para el fomento de la salud.** Evaluación del nivel de intensidad de actividad física. Universidad de Washington. 2006. Available from: http://depts.washington.edu/hprc/docs/rapa_spanish.pdf.
31. **Organización Mundial de la Salud.** El Estado Físico: Uso e Interpretación de la Antropometría. Informe de un Comité de Expertos. 1995.
32. **Carbajal I.** Estado nutricional y consumo de energía y nutrientes en un grupo de adolescentes de Lima y Callao - Perú. Tesis para optar el título de Licenciado en Nutrición. Universidad Nacional Mayor de

- San Marcos. Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Nutrición. Lima. 2001.
33. **Rodríguez K.** Conductas relacionadas a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del quinto año de secundaria del I.E. Jorge Basadre Grohmann. Distrito Los Olivos. 2005.
34. **Suarez, F.** Hábitos alimentarios población adolescente femenina. Tesis Doctoral. 2002. Available from: www.dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_tesis?articulo=1335153&orden=0
35. **Ortega, R.M.** Anorexia y Bulimia: imagen corporal e imagen social. Alim. Nutri. Salud Vol 7, Nro. 3, pp. 67-75, 2000.
36. **Davies, E. y Furnham, A.** Body satisfaction in adolescent girls. British Journal of Medical Psychology, 59, 279-287. 1986.
37. **Calvo I.** Estilo de vida en transtornos de la conducta alimentaria. Nutrición Hospitalaria (202) XVII (4) 219-222.
38. **Diccionario Mosby** Medicina, Enfermería, Ciencias de la Salud. Quinta Edicion. Madrid :Ediciones Harcourt, S.A., 2000.
39. **Wayne D** Bioestadística. Bases para el Análisis de las Ciencias de la Salud. México: Limusa. 1993.
40. **OPS-MINSA.** Aproximaciones hacia el Estado de la Información en Salud Mental en el Perú. 2001.
41. **Organización Panamericana de la Salud.** Salud del Adolescente. 1995.
-

ANEXO Nro. 1

Muestra de mujeres adolescentes de 15 a 19 años ingresantes a la U.N.M.S.M. distribuidas en áreas académicas, facultades y escuelas académico profesionales

En áreas académicas, facultades y escuelas académicas profesionales					
Area		Facultad		Escuela Académico Profesional	Nro. Alumnas
Ciencias de la Salud	#	Medicina Humana	22	Medicina Humana	4
				Obstetricia	6
				Enfermería	4
				Tecnología médica-Laboratorio clínico	1
				Tecnología médica-Terapia física y rehabilitación	0
				Tecnología médica-Radiología	0
				Tecnología médica-Terapia ocupacional	2
				Nutrición	5
		Farmacia y Bioquímica	6	Farmacia y Bioquímica	6
		Odontología	3	Odontología	3
	Medicina Veterinaria	4	Medicina Veterinaria	4	
Psicología	6	Psicología	6		
Humanidades	#	Derecho y Ciencias Políticas	15	Derecho	11
				Ciencias Políticas	4
		Letras y Ciencias Humanas	13	Literatura	2
				Filosofía	0
				Lingüística	3
				Comunicación Social	4
				Arte	2
				Bibliotecología y Ciencias de la Información	2
		Educación	12	Educación inicial	4
				Educación Primaria	1
				Educación Secundaria	5
				Educación Física	2
		Ciencias Sociales	15	Historia	1
				Sociología	3
				Antropología	0
	Arqueología		2		
	Trabajo Social		6		
	Geografía		3		
Ciencias Básicas	#	Química e Ingeniería Química	3	Química	3
		Ciencias Biológicas	7	Ciencias Biológicas	4
				Genética y Biotecnología	0
				Microbiología y Parasitología	3
		Ciencias Físicas	3	Física	3
				Mecánica de Fluidos	0
		Ciencias Matemáticas	10	Matemática	2
				Estadística	3
	Investigación Operativa		3		
	Computación Científica		2		
Ingenierías	#	Ingeniería Geológica, Minera, Metalúrgica y Geográfica	2	Ingeniería Geológica	0
				Ingeniería Geográfica	2
				Ingeniería de Minas	0

				Ingeniería Metalúrgica	0
		Ingeniería Industrial	6	Ingeniería Industrial	6
		Ingeniería Electrónica Y Eléctrica	2	Ingeniería Electrónica	0
				Ingeniería Eléctrica	2
		Ingeniería de Sistemas e Informática	5	Ingeniería de Sistemas	5
		Química e Ingeniería Química	4	Ingeniería Química	4
Ciencias Empresariales	#	Ciencias Administrativas	25	Administración	11
				Administración de Turismo	8
				Administración de Negocios Internacionales	6
		Ciencias Contables	15	Contabilidad	15
		Ciencias Económicas	10	Economía	10
TOTAL					191

ANEXO Nro. 2**HOJA DE FILIACIÓN**

FECHA.....

CODIGO ENCUESTADOR.....

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL.....

FECHA DE NACIMIENTO...../...../.....

EDAD.....

Peso

Talla.....

Anexo Nro. 3**FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS DEL ÚLTIMO MES**

N°	Alimentos	Frecuencia de Consumo: N° de porciones consumidas								
		no consu	1-3 v/mes	1-2 v/sem	3-4 v/sem	5-6 v/sem	1 v/día	2 v/día	3-4 v/día	5 ó mas
1	Pollo Carne, pulpa (1 presa)									
2	Res Carne, pulpa (1 presa)									
3	Hígado de pollo (1 unidad)									
4	Hígado de res (1 filete)									
5	Embutidos (1 unidad)									
6	Pescado (1 filete)									
7	Sardina (1 porcion guiso)									
8	huevo de gallina (1 unidad)									
9	leche evaporada (1 taza)									
10	queso fresco (1 tajada)									
11	Yogurt (1 vaso mediano)									
12	Arroz (½ plato tendido)									
13	Avena (1 taza mediana)									
14	Choclo (½ unidad mediana)									
15	Quinua (½ plato tendido)									
16	Menestras (½ plato tendido)									
17	Fideos (1 plato tendido)									
18	Pan, biscocho (1 unidad)									
19	Tortas, Pies (1 unidad)									
20	Galletas (1 paquete)									
21	Frituras									

22	Margarina (1 pasada, 1 cda)									
23	Mayonesa (1 cucharada)									
24	Palta (¼ unidad mediana)									
25	Aceitunas (1 unidad)									
26	Azúcar, Caramelos (1 cda)									
27	Mermelada (1 cucharada)									
28	Gaseosa (1 vaso mediano)									
29	Uvas (1 racimo)									
30	Piña (1 tajada delgada)									
31	Sandia (1 tajada mediana)									
32	Naranja, Mandarina (1 unid)									
33	Platano (1 unidad mediana)									
34	Manzana, Pera (1 unidad)									
35	Papaya (1 trozo mediano)									
36	Mango (1 unidad mediana)									
37	Fresas (10 unidades)									
38	Tuna (1 unidad mediana)									
39	Arvejas frescas (1 porción)									
40	Brócoli (1 porción ensalada)									
41	Espinaca (1 porción ensalada)									
42	Tomate (1 unidad mediana)									
43	Vainitas (1 porción guiso)									
44	Zanahoria (½ unidad)									
45	Papa (1 unidad mediana)									
46	Yuca (1 trozo mediano)									
47	Olluco (½ plato tendido)									
48	Camote (1 unidad mediana)									
49	Chocolate (1 unidad)									
50	Papitas, chizitos (1 bolsa)									
51	Cerveza (1 vaso mediano)									
52	Vino (½ vaso mediano)									

53	Pisco, ron, otros (¼ vaso med)									
----	-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ANEXO Nro. 4**Inventario sobre transtornos alimentarios**

(Adaptado por Hartley)

A continuación se te presenta un conjunto de afirmaciones. En cada una de ellas deberás elegir la opción de respuesta con la que te identifiques más, luego enciérrela en un círculo. Por favor, no olvides responder a todas las afirmaciones. Las opciones de respuesta para cada afirmación son:

Nunca	1
Raras veces	2
Algunas veces	3
Muchas veces	4
Frecuentemente	5
Siempre	6

	Nunca	Raras veces	Algunas Veces	Muchas veces	Frecuentemente	Siempre
1. Controlo mi peso	1	2	3	4	5	6
2. Me da la impresión de que las chicas que conozco son más delgadas que yo	1	2	3	4	5	6
3. Discuto con mis padres debido a mi alimentación	1	2	3	4	5	6
4. Pienso en la posibilidad de vomitar para controlar mi peso	1	2	3	4	5	6
5. Siento que me valoro más cuando me veo delgada	1	2	3	4	5	6
6. Sueño con comida	1	2	3	4	5	6
7. Fumo cigarrillos para evitar comer	1	2	3	4	5	6
8. Pienso que debo reducir ciertas partes gordas de mi cuerpo	1	2	3	4	5	6
9. Siento angustia al pensar que podría subir de peso	1	2	3	4	5	6
10. Me desespero cuando no puedo eliminar de alguna forma lo que he comido	1	2	3	4	5	6
11. Me despierto muy temprano en la madrugada y ya no puedo dormir	1	2	3	4	5	6
12. Me veo gorda a pesar que los demás dicen lo contrario	1	2	3	4	5	6
13. Me siento cansada	1	2	3	4	5	6
14. Me preocupa tanto por lo que como, que llega a limitarme en mis actividades diarias	1	2	3	4	5	6
15. Me fastidia que mis padres intervengan en mis hábitos alimenticios	1	2	3	4	5	6
16. Trato de comer alimentos de pocas calorías	1	2	3	4	5	6
17. Tomo pastillas para adelgazar	1	2	3	4	5	6
18. Como en exceso	1	2	3	4	5	6
19. Tengo gran sentimiento de culpa después de comer	1	2	3	4	5	6
20. Me obsesiono con la forma y mi peso de mi cuerpo	1	2	3	4	5	6

21. Evito las reuniones porque en ellas tengo que comer algo con los demás	1	2	3	4	5	6
22. Como con desesperación	1	2	3	4	5	6
23. Intento vomitar después de comer para controlar mi peso	1	2	3	4	5	6
24. Siento que me odio cuando no cumplo mi dieta	1	2	3	4	5	6
25. Mastico la comida y luego la escupo.	1	2	3	4	5	6
26. Para controlar mi peso, utilizo productos que eliminan líquido	1	2	3	4	5	6
27. Se me hace difícil relacionarme con los demás	1	2	3	4	5	6
28. Pienso en comida	1	2	3	4	5	6
29. Tengo frío aunque haga calor	1	2	3	4	5	6
30. Siento angustia cuando compruebo que he aumentado de peso	1	2	3	4	5	6
31. Se me suspende la regla.	1	2	3	4	5	6
32. Cuando controlo la comida me siento "dueña del mundo"	1	2	3	4	5	6
33. Pienso que no me acepto a mí misma	1	2	3	4	5	6
34. Tengo momentos en los que me siento muy triste	1	2	3	4	5	6
35. Uso laxantes para eliminar peso	1	2	3	4	5	6
36. Me dan náuseas cuando como	1	2	3	4	5	6
37. Tengo anemia por mis dietas	1	2	3	4	5	6
38. Siento mareos	1	2	3	4	5	6
39. Hago mucho ejercicio para bajar de peso	1	2	3	4	5	6
40. Sueño que soy flaca	1	2	3	4	5	6
41. Como a escondidas	1	2	3	4	5	6
42. Siento temor a no ser aceptada por los demás	1	2	3	4	5	6
43. Me hago masajes adelgazantes	1	2	3	4	5	6
44. Leo revistas y/o libros sobre alimentos, dietas y ejercicios	1	2	3	4	5	6
45. Siento rechazo por las personas gordas	1	2	3	4	5	6
46. Me cuesta trabajo dormir por las noches y pensar en todo lo que he comido durante el día.	1	2	3	4	5	6
47. Bebo mucho líquido para eliminar la grasa de mi cuerpo	1	2	3	4	5	6
48. Pienso que tengo que hacerme la cirugía plástica en algunas partes feas de mi cuerpo	1	2	3	4	5	6
49. Se me cae el pelo.	1	2	3	4	5	6
50. Me siento irritable	1	2	3	4	5	6
51. Siento que los alimentos controlan mi vida	1	2	3	4	5	6
52. Evito comer cuando tengo hambre	1	2	3	4	5	6

ANEXO Nro.5**Factores, ítemes y cargas factoriales****Inventario sobre Transtornos Alimentarios (Adaptado por Hartley)****Factor I Preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo**

Ítem	Contenido del ítem	Carga factorial
1	Controlo mi peso	0.40
2	Me da la impresión de que las chicas que conozco son más delgadas que yo	0.70
5	Pienso que debo reducir ciertas partes gordas de mi cuerpo	0.78
6	Siento angustia al pensar que podría subir de peso	0.76
7	Me desespero cuando no puedo eliminar de alguna forma lo que he comido	0.64
9	Me veo gorda a pesar que los demás dicen lo contrario	0.68
11	Me preocupa tanto por lo que como, que llega a limitarme en mis actividades diarias	0.46
12	Trato de comer alimentos de pocas calorías	0.49
15	Tengo gran sentimiento de culpa después de comer	0.70
16	Me obsesiono con la forma y mi peso de mi cuerpo	0.57
19	Siento que me odio cuando no cumplo mi dieta	0.70
22	Siento angustia cuando compruebo que he aumentado de peso	0.76
23	Cuando controlo la comida me siento “dueña del mundo”	0.39

Factor II Métodos de eliminación de ingesta

3	Pienso en la posibilidad de vomitar para controlar mi peso	0.60
4	Fumo cigarrillos para evitar comer	0.61
13	Tomo pastillas para adelgazar	0.58
18	Intento vomitar después de comer para controlar mi peso	0.71
26	Uso laxantes para eliminar peso	0.61

Factor III Episodios de atracones alimentarios

14	Como en exceso	0.71
17	Como con desesperación	0.70
21	Pienso en comida	0.45
32	Como a escondidas	0.65
36	Siento rechazo por las personas gordas	0.50

Factor III Métodos socialmente aceptados de control de peso

20	Para controlar mi peso, utilizo productos que eliminan líquido	0.60
30	Bebo mucho líquido para eliminar la grasa de mi cuerpo	0.60
34	Hago mucho ejercicio para bajar de peso	0.56

35	Me hago masajes adelgazantes	0.55
37	Leo revistas y/o libros sobre alimentos, dietas y ejercicios	0.44

ANEXO Nro. 6

Inventario sobre trastornos alimentarios

(Adaptado para el presente estudio)

A continuación se te presenta un conjunto de afirmaciones. En cada una de ellas deberás elegir la opción de respuesta con la que te identifiques más, luego enciérrela en un círculo. Por favor, no olvides responder a todas las afirmaciones. Las opciones de respuesta para cada afirmación son:

Nunca	1
Raras veces	2
Algunas veces	3
Muchas veces	4
Frecuentemente	5
Siempre	6

	Nunca	Raras veces	Algunas veces	Muchas veces	Frecuentemente	Siempre
1. Controlo mi peso	1	2	3	4	5	6
2. Me da la impresión de que las chicas que conozco son más delgadas que yo	1	2	3	4	5	6
3. Pienso en la posibilidad de vomitar para controlar mi peso	1	2	3	4	5	6
4. Fumo cigarrillos para evitar comer	1	2	3	4	5	6
5. Pienso que debo reducir ciertas partes gordas de mi cuerpo	1	2	3	4	5	6
6. Siento angustia al pensar que podría subir de peso	1	2	3	4	5	6
7. Me desespero cuando no puedo eliminar de alguna forma lo que he comido	1	2	3	4	5	6
8. Me despierto muy temprano en la madrugada y ya no puedo dormir	1	2	3	4	5	6
9. Me veo gorda a pesar que los demás dicen lo contrario	1	2	3	4	5	6
10. Me siento cansada	1	2	3	4	5	6
11. Me preocupa tanto por lo que como, que llega a limitarme en mis actividades diarias	1	2	3	4	5	6
12. Trato de comer alimentos de pocas calorías	1	2	3	4	5	6
13. Tomo pastillas para adelgazar	1	2	3	4	5	6
14. Como en exceso	1	2	3	4	5	6
15. Tengo gran sentimiento de culpa después de comer	1	2	3	4	5	6
16. Me obsesiono con la forma y mi peso de mi cuerpo	1	2	3	4	5	6
17. Como con desesperación	1	2	3	4	5	6
18. Intento vomitar después de comer para controlar mi peso	1	2	3	4	5	6
19. Siento que me odio cuando no cumplo mi dieta	1	2	3	4	5	6
20. Para controlar mi peso, utilizo productos que eliminan líquido	1	2	3	4	5	6
21. Pienso en comida	1	2	3	4	5	6

22.Siento angustia cuando compruebo que he aumentado de peso	1	2	3	4	5	6
23.Cuando controlo la comida me siento "dueña del mundo"	1	2	3	4	5	6
24.Pienso que no me acepto a mí misma	1	2	3	4	5	6
25.Tengo momentos en los que me siento muy triste	1	2	3	4	5	6
26.Uso laxantes para eliminar peso	1	2	3	4	5	6
27.Me dan náuseas cuando como	1	2	3	4	5	6
28.Tengo anemia por mis dietas	1	2	3	4	5	6
29.Siento mareos	1	2	3	4	5	6
30.Hago mucho ejercicio para bajar de peso	1	2	3	4	5	6
31.Sueño que soy flaca	1	2	3	4	5	6
32.Como a escondidas	1	2	3	4	5	6
33.Siento temor a no ser aceptada por los demás	1	2	3	4	5	6
34.Me hago masajes adelgazantes	1	2	3	4	5	6
35.Leo revistas y/o libros sobre alimentos, dietas y ejercicios	1	2	3	4	5	6
36.Siento rechazo por las personas gordas	1	2	3	4	5	6
37.Bebo mucho líquido para eliminar la grasa de mi cuerpo	1	2	3	4	5	6
38.Pienso que tengo que hacerme la cirugía plástica en algunas partes feas de mi cuerpo	1	2	3	4	5	6
39.Me siento irritable	1	2	3	4	5	6

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

ANEXO Nro. 6**CUESTIONARIO SOBRE HÁBITOS ALIMENTARIOS, AMENORREA Y ACTIVIDAD FÍSICA**

FORMA DE CONSUMO DE LOS ALIMENTOS	Frecuencia de consumo						Escribe Veces por día
	Muy raro	1-3 veces por mes	1 a 2 vez Semana	3 a 4 vez Semana	5 a 6 semana	Diario	
Horneado							
Sancochado							
Frito							
Guisado							
Crudo con aliños (ejm. ensaladas, cebiche)							
Crudo sin aliños							

Tomas:		Dónde	
	Marca con una x sobre la palabra	Completar	Marca con una x sobre la palabra
Desayuno	Sí No		Sola Acompañada
Almuerzo	Sí No		Sola Acompañada
Cena	Sí No		Sola Acompañada
Entrecomidas	Sí No		Sola Acompañada

¿Qué actividades físicas has realizado en los últimos cuatro meses? Marcar

- ☐ Bailes o danzas
☐ Ejercicios Especificar
☐ Deportes. Especificar
☐ Otros Especificar
☐ No hago

¿Con qué frecuencia?

Muy raro	1-3 veces por mes	1 a 2 vez Semana	3 a 4 vez Semana	5 a 6 semana	Diario

Número de horas en que le dedicas cada vez que haces actividad física:.....

4. En los últimos 12 meses, ¿Has hecho alguna dieta?

Sí..... No.....

En caso afirmativo,

¿Cuántos kilos como máximo llegaste a perder por dieta?.....

¿En qué consistía tu dieta? (Puedes marcar más de una opción)

() Consumo de alimentos light (bajas calorías).....

() Evitar comer a deshora.....

() Consumo (exclusivo) de líquido

() Dieta con nutricionista o doctor

() Evito comer una comida al día (Desayuno, almuerzo, comida)

() Tener una sola comida al día

() No comer nada/casi nada

() Comer en menos cantidad

() Dietas recomendadas por una amiga, revista, por ejemplo, la dieta de la sopa, dieta de los 3 días, dieta de una actriz famosa.

6. En los últimos 12 meses, ¿Se te ha cortado la regla por lo menos tres veces?

Sí.....No.....

En caso afirmativo,

¿Por qué motivo?

() Estoy embarazada

() Uso anticonceptivos

() Por estrés

() Como muy poco

() Enfermedad. Especificar.....

() Otros. Especificar.....

() No sé

Responder sólo en el caso de que se te haya cortado la regla

¿Estás en tratamiento médico? Sí..... No.....

7. Considero que estoy:

() Muy gordita

() Gordita

() Normal

() Delgada

() Muy delgada